

UNIVERSIDADE DO MINHO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

**ESTUDO DOS CONHECIMENTOS E REPRESENTAÇÕES DE
DOENÇA ASSOCIADOS À ADESÃO TERAPÊUTICA NOS
DIABÉTICOS TIPO 2**

MARIA RUI MIRANDA GRILO CORREIA DE SOUSA

BRAGA - 2003

UNIVERSIDADE DO MINHO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

**ESTUDO DOS CONHECIMENTOS E REPRESENTAÇÕES DE
DOENÇA ASSOCIADOS À ADESÃO TERAPÊUTICA NOS
DIABÉTICOS TIPO 2**

Dissertação ao Mestrado de Educação, área
de especialização de Educação para a Saúde,
apresentada na Universidade do Minho,
Instituto de Educação e Psicologia.

Orientadora: Professora Doutora Teresa
McIntyre

MARIA RUI MIRANDA GRILO CORREIA DE SOUSA

BRAGA - 2003

À Ana e ao Francisco,
pelas minhas ausências ...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, o meu reconhecimento à Professora Doutora Teresa McIntyre que não só se disponibilizou a orientar esta tese, como ao longo de todo o trabalho me incentivou com toda a sua sabedoria, capacidade de trabalho, organização e também calor humano. A ela devo portanto muito do que aqui tenho e para ela o meu bem haja.

A toda a equipa da Unidade de Saúde Familiar de Fânzeres o meu agradecimento pelo bom acolhimento que tive aquando da recolha de dados. Não posso também esquecer todos os utentes diabéticos deste Centro que comigo colaboraram e sem os quais o meu trabalho não se podia concretizar.

Ao Dr. Celestino Neves pela partilha da sua experiência profissional.

A todos os meus colegas da Escola Superior de Enfermagem de São João pelo apoio demonstrado. À Teresa Martins, à Célia Santos e ao Abel pela disponibilidade demonstrada. À Fernanda e à Zé pela amizade sempre presente.

Finalmente aos meus pais, ao Luís e a toda minha família que, tal como sempre, estiveram ao meu lado em todos os momentos de alegria e desânimo que tive. À Joana pelas tardes que iam passando lá fora.

À minha mãe, amiga e companheira inigualável

Aos meus filhos, pelas horas roubadas e pelas lágrimas escondidas no cantinho do olho.

RESUMO

Este estudo teve como finalidade investigar a relação entre alguns factores psicossociais e a adesão terapêutica, utilizando como variáveis predictoras, os conhecimentos sobre a doença, as representações de doença, a ansiedade e depressão e como variáveis de resultado, a adesão ao regime terapêutico, incluindo indicadores clínicos. Pretendeu-se testar três hipóteses: (1) Prevê-se que quanto maiores forem os níveis de conhecimentos acerca da doença mais elevados serão os níveis de adesão ao regime terapêutico prescrito; (2) Prevê-se que os níveis de ansiedade e depressão dos doentes com diabetes mellitus tipo 2 estarão significativa e negativamente correlacionados com os níveis de adesão terapêutica e (3) Prevê-se que as representações de doença nas dimensões da duração (aguda/crónica e cíclica), consequências, e controlo pessoal e de tratamento, estarão significativa e positivamente correlacionadas com a adesão terapêutica, e que as dimensões representação emocional e coerência estarão significativa e negativamente correlacionadas com a adesão terapêutica. É um estudo transversal, com um desenho correlacional e foi desenvolvido num Centro de Saúde da Região do Grande Porto, com uma amostra não aleatória de 133 diabéticos tipo 2. Os resultados confirmaram parcialmente a primeira hipótese, sendo os conhecimentos sobre a diabetes preditores significativos da adesão ao teste à glicose. A segunda hipótese também foi confirmada parcialmente, sendo a depressão preditora da adesão ao exercício físico e à medicação. A terceira hipótese foi, também, parcialmente confirmada: o controlo pessoal, a coerência de doença e a duração (aguda/crónica) são preditores significativos da adesão à quantidade de dieta enquanto a duração cíclica prediz a adesão ao teste à glicose. Nas análises exploratórias verificou-se a influência da variável sócio-demográfica “sexo” nos conhecimentos, estado emocional e representações de doença. As mulheres evidenciam mais desconhecimento sobre a diabetes, apresentam maiores níveis de ansiedade e depressão, e tendem a percepcionar piores consequências da diabetes, associando-lhe uma carga emocional negativa. A “idade” também demonstrou algum efeito nos componentes da adesão; os diabéticos mais idosos parecem aderir mais ao regime alimentar. Por fim, são apresentadas algumas implicações para a educação para a saúde dos diabéticos tipo 2, bem como algumas sugestões para futuros estudos.

ABSTRACT

This study had the purpose of investigating the relationship between some psychosocial factors and therapeutic adherence. The predictive variables used were knowledge of the disease, illness representations, anxiety and depression. The outcome variables chosen were indicators of the therapeutic regime adherence, including clinical indicators. The three hypotheses tested were: (1) it is estimated that the higher the level of knowledge of the disease the higher will be the adherence to the prescribed therapeutic regime; (2) it is estimated that anxiety and depression levels in diabetes mellitus type 2 patients are significant and negatively correlated with therapeutic regime adherence level; (3) it is estimated that illness representation dimensions in terms of duration (acute/ chronic), consequences, personal control and treatment dimensions are significant and negatively correlated with therapeutic adherence; and that the emotional representation and illness coherence are significant and negatively correlated with therapeutic adherence. This is a cross-sectional study, with a correlational design, which was developed in a Health Care Centre in Porto region, with a non-random sample of 133 type 2 diabetics. The results partially confirm the first hypothesis, with knowledge about diabetes being a significant predictor of to glucose tests adherence. The second hypothesis was also partially confirmed, showing that depression is a predictor of adherence to physical exercise and medical treatment. Finally, the third hypothesis was also partially confirmed: personal control, illness coherence and duration (acute / chronic) are significant predictors of diet quantity adherence; and cyclical duration predicts glucose test adherence. Exploratory analyses showed the influence of the socio-demographic variable “sex” on knowledge, emotional state and representation of the disease. Women show less knowledge about diabetes, higher levels of anxiety and depression, and tend to perceive worse consequences from diabetes, associating it with negative emotions. “Age” also showed some effect on adherence components: elderly patients with diabetes seem to adhere more to the diet regime. Some of the implications of the results for health education of diabetes type 2 patients are drawn, and also some suggestions for future studies.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	14
Capítulo I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1. DIABETES MELLITUS	20
1.1. Epidemiologia	21
1.2. Classificação e Diagnóstico	22
1.3. Tratamento	24
1.4. Estratégias de Controlo da Diabetes mellitus	27
2. FACTORES DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS NA DIABETES MELLITUS	28
2.1. Representações/Cognições de Doença	32
2.1.1. As Representações de Doença na Diabetes	39
2.2. Resposta Emocional e <i>Coping</i>	41
2.2.1. Ajustamento à Doença na Diabetes	44
2.3- O Papel dos Conhecimentos/Informação no ajustamento à Doença	46
2.3.1. O Papel da Informação na Diabetes	49
3. ADESÃO TERAPÊUTICA	52
3.1. Definição de Adesão	52
3.2. Factores Psicossociais Associados à Adesão	55
3.2.1. Características do Indivíduo	55
3.2.2. Características da Doença e Factores de Tratamento	57
3.2.3. Factores Interpessoais	59

3.2.4. Contexto Social e Organizacional	61
3.3. A Adesão na Diabetes	62
3.4. Preditores da Adesão na Diabetes	63
4. MODELOS E TEORIAS DA ADESÃO TERAPÊUTICA	70
4.1. Modelo de Crenças de Saúde	70
4.2. Teoria da Acção Racional	72
4.3. Teoria do Comportamento Planeado	72
4.4. Locus de Controlo da Saúde	72
4.5. Modelo de Auto-regulação de Leventhal	73
4.6. Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley	75
4.7. Modelo da Adesão	75
5. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA DIABETES	77
 Capítulo II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	 83
A. METODOLOGIA	84
1. OBJECTIVOS DO ESTUDO	84
2. DESENHO DO ESTUDO	85
3. VARIÁVEIS EM ESTUDO	85
4. HIPÓTESES	86
5. POPULAÇÃO E AMOSTRA	87
5.1. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra	88
5.2. Caracterização Clínica da Amostra	90
6. PROCEDIMENTOS	95
7. INSTRUMENTOS	95
7.1. Questionário Sócio-demográfico e Clínico	95
7.2. Questionário dos Conhecimentos da diabetes (QCD)	96
7.2.1. Características Psicométricas na População Portuguesa	96

7.3. <i>Revised Illness Perception Questionnaire</i> (IPQ-R)	102
7.3.1 Versão Original	102
7.3.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	104
7.3.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo	105
7.4. <i>The Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS)	108
7.4.1. Versão Original	108
7.4.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	109
7.4.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo	109
7.5. Cuidados Pessoais com a Diabetes (CPD)	112
7.5.1. Versão Original	112
7.5.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	113
7.5.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo	114
8. ANÁLISES ESTATÍSTICAS	116
B. RESULTADOS	117
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE DIABÉTICOS DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS ESTUDADAS	117
1.1. Caracterização dos Diabéticos de Acordo com a Variável Conhecimentos sobre a Diabetes	117
1.2. Caracterização dos Diabéticos de Acordo com as Variáveis de Representação de Doença	119
1.3. Caracterização dos Diabéticos de Acordo com as Variáveis Ansiedade e Depressão	122
1.4. Caracterização dos Diabéticos de Acordo com as Variáveis da Adesão Terapêutica	122

2. RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES	123
2.1. Hipótese 1	123
2.2. Hipótese 2	125
2.3. Hipótese 3	127
3. RESULTADOS DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS	130
C. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	134
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE DIABÉTICOS DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS ESTUDADAS	134
1.1. Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas	134
1.2. Variáveis Psicossociais	136
2. HIPÓTESE 1	138
3. HIPÓTESE 2	139
4. HIPÓTESE 3	140
5. ANÁLISES EXPLORATÓRIAS	143
D. RESUMO DOS RESULTADOS	144
E. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	146
F. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DO ESTUDO	147
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 151
 ANEXOS	 168
Anexo I- Folha de rosto do Questionário Sócio demográfico	169
Anexo II- Folha de rosto do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes- QCD	171
Anexo III- Folha de rosto do <i>Illness Perception Questionnaire</i> - IPQ-R	173
Anexo IV- Folha de rosto do Questionário da Ansiedade e Depressão	175
Anexo V- Folha de rosto do Questionário dos Cuidados Pessoais com a Diabetes- CPD	177

LISTA DAS TABELAS

Tabela 1- Distribuição absoluta e percentual dos utentes com consulta marcada e dos participantes seleccionados para a amostra, de acordo com o agendamento das consultas	88
Tabela 2- Distribuição absoluta e percentual das características sócio-demográficas, de acordo com o sexo	88
Tabela 3- Distribuição absoluta e percentual das dificuldades apresentadas pelos diabéticos durante o seu tratamento, de acordo com o sexo	91
Tabela 4- Distribuição absoluta e percentual dos problemas de saúde descritos pelo diabético e seu relacionamento com a diabetes, de acordo com o sexo	92
Tabela 5- Média, desvio padrão e comparação de médias das variáveis clínicas na amostra de acordo com o sexo	94
Tabela 6- Resultados da avaliação da consistência interna do “ <i>Questionário dos Conhecimentos da Diabetes</i> ”, sub-escala dos conhecimentos (28 itens) (N=133)	98
Tabela 7- Resultados da avaliação da consistência interna do “ <i>Questionário dos Conhecimentos da Diabetes</i> ”, sub-escala do desconhecimento (28 itens) (N=133)	99
Tabela 8- Análise das Componentes Principais do “ <i>Questionário dos Conhecimentos da Diabetes</i> ”- (56 itens) (N=133)	100
Tabela 9- Correlação entre a sub-escala dos Conhecimentos e a sub-escala do Desconhecimento do “ <i>Questionário dos Conhecimentos da Diabetes</i> ”	102
Tabela 10- Resultados da avaliação da consistência interna do IPQ-R na amostra em estudo (N=133)	105
Tabela 11- Correlações entre as sub-escalas consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, duração cíclica, representação emocional e duração aguda/crónica do IPQ-R.	106
Tabela 12- Análise das Componentes Principais das atribuições causais da IPQ-R - (N=133)	107
Tabela 13- Resultados da avaliação da consistência interna das sub-escalas da ansiedade (n=131) e da depressão (n=130) da HADS, na amostra em estudo	110
Tabela 14- Análise das Componentes Principais do Questionário HADS	111
Tabela 15- Média das Correlações inter-itens para as sub-escalas do CPD	114
Tabela 16- Análise das Componentes Principais do Questionário “ <i>Cuidados Pessoais com a Diabetes</i> ” (N=133)	115

Tabela 17- Distribuição da média (<u>M</u>) e desvio padrão (<u>DP</u>) dos Conhecimentos da Diabetes nas diferentes dimensões do QCD (N=133)	118
Tabela 18- Distribuição da média (<u>M</u>) e desvio padrão (<u>DP</u>) do Desconhecimento nas diferentes dimensões do QCD (N=133)	118
Tabela 19- Pontuações da sub-escala- Identidade da doença	119
Tabela 20- Distribuição da média (<u>M</u>) e desvio padrão (<u>DP</u>) de 7 sub-escalas do IPQ-R na amostra	120
Tabela 21 - Factores considerados pelos diabéticos como causadores da sua doença, por ordem hierárquica	121
Tabela 22- Distribuição da média (<u>M</u>) e desvio padrão (<u>DP</u>) das sub-escalas de Ansiedade e Depressão e valores clínicos na amostra	122
Tabela 23- Distribuição da média (<u>M</u>) e desvio padrão (<u>DP</u>) das sub-escalas do CDP	123
Tabela 24- Correlações de Pearson entre as sub-escalas dos Conhecimentos e as sub-escalas dos Cuidados Pessoais com a Diabetes e a Hemoglobina glicosilada (N=133)	124
Tabela 25- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência da variável Conhecimentos na variável teste à glicose (N= 133)	125
Tabela 26- Correlações de Pearson entre as sub-escalas da Ansiedade (n=131) e Depressão (n=130), as sub-escalas dos Cuidados Pessoais com a Diabetes e a Hemoglobina glicosilada	126
Tabela 27- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis Ansiedade e Depressão na variável Exercício físico (N= 133)	127
Tabela 28- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis Ansiedade e Depressão na variável Medicação (N= 133)	127
Tabela 29- Correlações de Pearson entre as sub-escalas do IPQ-R (duração aguda/crónica e cíclica, consequências, controlo pessoal e de tratamento, representação emocional e coerência) e as sub-escalas dos Cuidados Pessoais com a Diabetes e a Hemoglobina glicosilada (N=133)	128
Tabela 30- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis duração aguda/crónica e cíclica, consequências, controlo pessoal e de tratamento, representação emocional e coerência, na variável Dieta quantidade (N= 133)	129
Tabela 31- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis duração aguda/crónica e cíclica, consequências, controlo pessoal e de tratamento, representação emocional e coerência, na variável Teste à glicose	130

LISTA DAS FIGURAS

Figura 1- Influência das crenças individuais na percepção da saúde e doença	33
Figura 2- O modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal	36
Figura 3- Modelo Psicocomportamental e sua influência na autogestão e resultados na diabetes	67

LISTA DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 - Evolução da mortalidade por diabetes mellitus por 100 000 habitantes	21
Gráfico 2 – Distribuição percentual dos familiares da amostra com diabetes mellitus	93

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos têm nas ultimas décadas encontrado alterações significativas no quadro da saúde das populações. Através da análise dos determinantes de saúde, assistimos nos países ocidentais e desenvolvidos, à emergência das doenças crónicas vulgarmente associadas a mudanças profundas nos estilos de vida (Sanmartí, 1985). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a principal causa de incapacidade no mundo até 2020 serão as doenças crónicas que, se não forem bem geridas, representarão a maior sobrecarga para os sistemas de saúde. Face a este panorama a OMS, através de políticas de Promoção da Saúde, aconselha a que os países invistam esforços no sentido de controlar esta tendência que, para além de trazer custos económicos e sociais elevados, se reflecte no bem estar individual, tornado-se num grave problema de saúde pública (OMS, 2002).

A Promoção da saúde é um processo amplo por meio dos quais os indivíduos, os grupos e as comunidades melhoram o seu controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde (Costa & Lopez, 1998, p.30). Neste âmbito, na conferencia em Otava (1986), foi elaborado uma carta, que apresentava algumas estratégias a implementar (cit. por Carvalho, 2002, p. 129):

- construção de políticas de saúde pública;
- reorientação dos serviços de saúde;
- desenvolvimento de competências pessoais;
- criação de ambientes de suporte;
- reforço da acção das comunidades.

Porém, para que os indivíduos possam controlar a sua saúde têm de ter acesso à educação pois só assim poderão tomar decisões de forma autónoma e responsável. Nesta perspectiva, a educação para a saúde (EpS), considerada como uma estratégia básica para a Promoção da saúde, surge como uma actividade intencional que permite que o indivíduo possa adquirir conhecimento de si mesmo e daquilo que o rodeia, podendo exercer mudanças nesse ambiente e na sua própria conduta (Costa & Lopez, 1998; González, 1998). A educação para a saúde capacita-o a definir os seus próprios problemas e necessidades, a compreender como pode resolver esses problemas com os seus próprios recursos ou com apoios externos, e a promover acções mais apropriadas para fomentar uma vida saudável e de bem estar (Costa & Lopez, 1998, p.32).

Até à década de 70, os programas educacionais davam ênfase à transmissão da informação (apostando no conhecimento), sem ter em consideração factores psicossociais e económicos. Por volta dos anos 80, com o aparecimento de várias doenças relacionadas com os comportamentos e atitudes dos indivíduos (e.g. doenças crónicas), os programas de educação para a saúde, baseados em teorias de mudança de atitudes e comportamentos, passaram a valorizar as relações existentes entre o conhecimento, convicções e normas sociais (Carvalho, 2002).

Da percepção até então generalizada, que os estilos de vida não saudáveis estavam directamente relacionados com a ignorância das pessoas e que dessa forma, dando-lhes conhecimentos as suas práticas mudariam, sabe-se actualmente que esta relação não é de todo linear. Aliás o fracasso dos tradicionais métodos de intervenção educativa, baseados somente na informação, revelaram que esta tem pouca influência nas atitudes preventivas (Gonzalez, 1998). Neste contexto, algumas críticas têm sido tecidas aos técnicos que se debruçam sobre a mudança de hábitos de vida, de modo a promover a saúde e que acreditam que o fornecimento de informação leva à mudança nos comportamentos não saudáveis (Ribeiro, 1998). Esta assunção baseia-se ainda no modelo biomédico em que a relação causa e efeito parece evidente, isto é, se um determinado comportamento está associado a uma doença então esse comportamento deve ser eliminado. Assim, o fornecimento da informação seria a solução para o problema. Embora o conhecimento seja uma condição necessária, para que se processe mudança de certa prática ou comportamento, outras variáveis como a atitude terão de ser mudadas para que um determinado comportamento nocivo seja alterado para um saudável (Carvalho, 2002).

Uma conceptualização proposta por Tones e Tilford (1994), sobre Educação para a Saúde (cit. por Carvalho, 2002, p. 123), refere que esta:

“... é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida”.

Esta definição de Educação para a Saúde contempla os factores que influenciam as tomadas de decisão. Para a tomada de decisão são importantes as convicções e valores pessoais, conhecimentos e apoios sociais, entre outros. Deste modo, os factores psicossociais e ambientais são determinantes para o *empowerment*.

O conceito de *empowerment* torna-se difícil traduzir para a nossa língua e “*tem a ver com a relação recíproca que se estabelece entre os indivíduos e o seu meio físico e social (...). Quer isto dizer que não só o meio ambiente pode exercer uma poderosa influência sobre os indivíduos, como estes também podem exercer a sua influência sobre o meio que os rodeia.*” (Carvalho, 2002, p.124). Quando falamos em *empowerment* devemos ter em consideração a importância da literacia, pois níveis de literacia mais elevados permitem que o indivíduo incremente a sua autonomia e capacitação pessoal (ibidem). O aspecto da literacia é de extrema importância, pois qualquer educação para a saúde deverá ter em consideração o nível educacional da população alvo. Embora tenham sido realizadas várias campanhas de esclarecimento acerca do cancro, muitas destas estratégias apenas atingiram a classe educada, média-alta, raramente ultrapassando as barreiras duma educação inadequada sobre uma população iletrada (Loehrer, 1993).

A diabetes mellitus é uma doença crónica considerada grave que afecta cada vez mais pessoas, assistindo-se a uma verdadeira pandemia desta patologia. Os números são preocupantes: só na Europa estima-se 30 milhões de diabéticos (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2001) e embora os cálculos possam divergir ligeiramente, no nosso país calcula-se que existam 300 000 portugueses com esta patologia (Ministério da Saúde, 2002). Só os países em vias de desenvolvimento contribuem com aproximadamente três quartos da carga global da diabetes (OMS, 2002).

Numa perspectiva do *empowerment*, a educação na diabetes é vista como uma colaboração entre o profissional de saúde e o doente de forma a que este possa tomar decisões informadas acerca da gestão da sua doença (Anderson et al., 2000). Assiste-se a uma redefinição de papéis, relacionamento e responsabilidades entre educadores e diabéticos. Esta alteração de papéis, frequentemente, colide com a formação académica predominantemente baseada no modelo biomédico, na qual o técnico de saúde era preparado para resolver os problemas de saúde do seu doente, fornecendo-lhes as soluções. A mudança no papel do educador pode trazer algum sentimento de frustração e até conflitos com o próprio doente pois os objectivos de ambos nem sempre coincidem (ibidem). Vários estudos tem demonstrado que a satisfação do doente com os serviços de saúde, especificamente na relação com os profissionais se reflecte positivamente no seu autocuidado (Golin et al., 1996; World Health Organization, 2001).

O tratamento da diabetes exige a adopção de comportamentos de alguma complexidade que têm que ser integrados na sua rotina diária. A cronicidade da doença, associada às características do regime terapêutico e às responsabilidades do doente podem

contribuir para a baixa adesão vulgarmente encontrada nos diabéticos (Cox & Gonder-Frederick, 1992). A gestão de aspectos tão diversos e complexos como os cuidados com a alimentação, exercício físico, medicação e monitorização glicémica, para além do sistemático recurso aos serviços de saúde, colidem frequentemente com o contexto familiar, laboral e social, contribuindo para um decréscimo destes cuidados e para o aparecimento de distúrbios de humor como a ansiedade e depressão. Paralelamente, um estado depressivo leva a uma diminuição nos factores motivacionais devido a um decréscimo na percepção dos benefícios do tratamento e na auto-eficácia (Doherty et al., 2000). Tanto o diagnóstico da diabetes como o convívio permanente com as consequências físicas e as exigências psicológicas da doença contribuem para uma diminuição do bem estar do diabético (Shaw, 2000). Acresce-se a estes aspectos as características silenciosas da diabetes tipo 2 que contribuem para um descuido nos autocuidados.

De acordo com a literatura, a taxa de adesão nas doenças crónicas tende a ser inferior à taxa nas doenças agudas (Bishop, 1994). Uma baixa adesão ao tratamento compromete a saúde do indivíduo e no caso da diabetes está relacionado com um mau controlo metabólico. O pouco envolvimento na autogestão da diabetes reflecte-se nos níveis de hemoglobina glicosilada, no aumento das taxas de gordura e no aumento da ingestão calórica, no peso e nos níveis de glicose. Justificam-se, assim, que as intervenções comportamentais direccionadas para a melhoria da autogestão demonstrem eficácia nos marcadores biológicos (OMS, 2002). Um outro aspecto é que num regime multifacetado e complexo, a adesão a determinados componentes do regime não implica necessariamente a adesão a outros (Doherty et al., 2000). Pelas várias características inerentes à diabetes aqui referenciadas, interessa particularmente estudar os factores que contribuem para a adesão ao regime terapêutico. Embora a diabetes tipo 2 seja a forma mais predominante da diabetes mellitus, a investigação tem incidido na diabetes tipo 1 e por isso propomo-nos, ainda que de forma modesta, contribuir para a compreensão de alguns factores que influenciam na gestão da diabetes tipo 2.

Este estudo, situado no âmbito da educação para a saúde, tem como finalidade identificar e relacionar factores psicossociais associados à adesão terapêutica no doente diabético tipo 2, com vista a uma melhor compreensão dos factores que determinam a adesão ao tratamento nesta população. Pretende-se também sugerir algumas estratégias a adoptar para uma educação ao diabético mais eficaz. Assim, tentaremos compreender de que modo alguns aspectos psicossociais como os conhecimentos, as representações de doença e o estado emocional se reflectem nos cuidados pessoais com a diabetes.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte é apresentado o suporte teórico ao tema focando os aspectos clínicos e epidemiológicos da diabetes mellitus, os factores psicossociais que interferem nesta patologia, a adesão terapêutica e a educação da pessoa com diabetes. Na segunda parte, procedemos à exposição dos aspectos metodológicos com a descrição dos resultados, a sua discussão e finalmente a conclusão, tecendo algumas considerações que possam motivar para a reflexão todos os profissionais empenhados em colaborar com os diabéticos na gestão da sua doença.

Capítulo I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DIABETES MELLITUS

A diabetes é uma doença metabólica que afecta um grande número de pessoas. Pela sua cronicidade e morbilidade elevada, implica um grande investimento em cuidados de saúde constantes, que se reflecte em elevados custos humanos, económicos e sociais, tornando-se um dos maiores problemas de saúde mundiais. Perante esta perspectiva, vários esforços têm sido mobilizados por governos e comunidades científicas de modo a impedir o crescimento desta doença.

Em 1989, na reunião de St. Vincent, realizada em Itália e organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Federação Internacional da Diabetes (IDF), foram abordados, por várias organizações e peritos, temas variados sobre a diabetes. Desse trabalho conjunto resultou a famosa Declaração de St. Vincent, que preconiza como objectivos gerais:

- 1- A melhoria constante da saúde, especificamente da qualidade e quantidade de vida;
- 2- A prevenção e tratamento da diabetes e das suas complicações, intensificando a investigação nesta área.

(Grupo Europeu de Consenso para a Diabetes Mellitus Não Insulino Dependente, 1993, p.5)

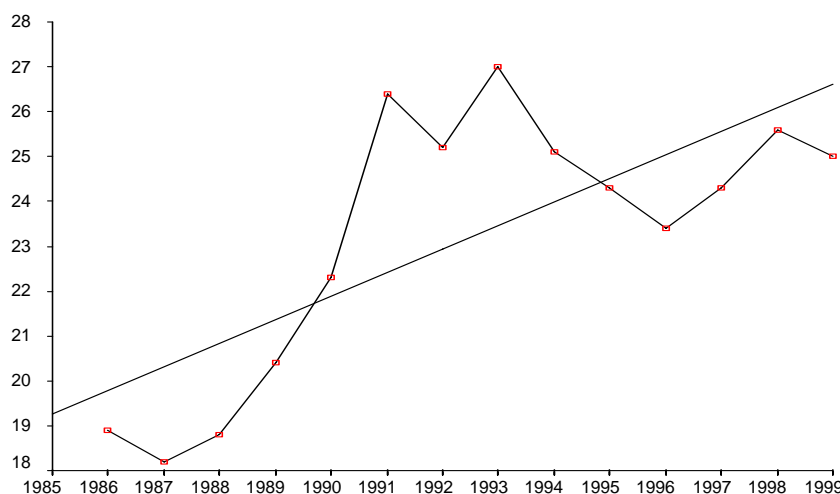
Para além destes aspectos, e no âmbito dos objectivos primários do tratamento, algumas recomendações são sugeridas, de forma a: aliviar os sintomas mediante correcção do transtorno metabólico; melhorar a qualidade de vida mediante a prevenção das complicações agudas e crónicas; diminuir a mortalidade; tratar as doenças intercorrentes da diabetes, especificamente com o controlo da hipertensão arterial, da dislipidemia e das modificações no estilo de vida (Figueirola, 1997; Grupo Europeu de Consenso para a Diabetes Mellitus Não Insulino Dependente, 1993). Todos os países presentes, incluindo Portugal, aceitaram estas recomendações, investindo simultaneamente no sistema de vigilância epidemiológica sobre a diabetes, de modo a traçar objectivos de acordo com as necessidades identificadas.

1.1. Epidemiologia

A diabetes mellitus é uma doença característica dos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. Calcula-se que 10% dos gastos globais em saúde sejam utilizados no tratamento desta patologia (Ministério da Saúde, 2002).

Estima-se que, na viragem do século, existam aproximadamente 160 milhões de diabéticos em todo o mundo e que este numero ascenda, em 2025, para 300 milhões. Só na Europa, o numero de pessoas atingidas por esta doença ronda os 30 milhões (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal- APDP, 2001; Duarte, 1997a). A situação portuguesa revela-se igualmente preocupante. Embora no nosso país a informação sobre a taxa de incidência e prevalência bruta seja ainda um pouco escassa, dados do Instituto Nacional de Saúde (INS), apontam para uma prevalência bruta de 4,7%, correspondendo a cerca de 500 mil diabéticos (Duarte, 1997a; Ministério da saúde, 1995; Silva & Ribeiro, 2000). De salientar que, de acordo com dados estatísticos oficiais, as taxas de mortalidade por diabetes mellitus padronizadas pela idade tem vindo a aumentar, colocando Portugal na liderança dos países da comunidade. Estudos realizados pelo sistema de vigilância OBOB'S (observatório de óbitos) revelam que o grupo da diabetes apresentou um número de óbitos em 1998, três vezes superior ao verificado em 1981 (Nogueira & Falcão, 1998), sendo actualmente a quarta causa de morte em Portugal (Silva & Ribeiro, 2000). O gráfico 1 ilustra o número de óbitos por diabetes mellitus desde 1986 a 1999 (Adaptado de Ganhos de Saúde em Portugal, 2002).

Gráfico 1 - Evolução da mortalidade por diabetes mellitus por 100 000 habitantes



Dados do Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde apontam para o aumento das complicações crónicas derivadas da diabetes, nomeadamente as amputações major e as cetoacidoses (Gallego, 2001). De 1992 a 1998, em Portugal Continental, o número de amputações ascendeu de 630 para 1147, respectivamente (ibidem) .

Um estudo realizado com a colaboração dos Médicos Sentinela¹ permitiu obter dados mais concretos sobre a incidência da diabetes mellitus no nosso país. Na população inscrita em médicos sentinela, verificou-se uma taxa de incidência, entre 1992-1999, de 270,3 por 100.000 habitantes. O grupo etário dos 65 a 74 anos é o que apresenta uma taxa mais elevada, independentemente dos sexos. Segundo este estudo, o diagnóstico da doença foi feito ocasionalmente em 63,5% dos casos, tendo, somente 33,2% dos casos apresentados sintomas ou sinais suspeitos. Dos casos identificados, 2,4% eram diabéticos tipo 1 (insulinodependentes- DID) e 97,6% eram tipo 2 (não insulinodependentes- DNID). Apenas se registaram diferenças significativas entre os sexos nos doentes com diabetes tipo 2. Os autores verificaram também, que os diabéticos tipo 1 foram mais vezes hospitalizados que os tipo 2 e que o diagnóstico dos diabéticos tipo 1 foi, essencialmente efectuado com base em sintomas e em sinais suspeitos, enquanto que nos outros diabéticos foi resultado de um achado ocasional. Estima-se, também, uma média anual de 26.810 novos casos por ano, 643 tipo 1 e 26.167 tipo 2 (Falcão et al., 2001).

1.2. Classificação e Diagnóstico

A diabetes é um distúrbio crónico do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Traduz-se por uma hiperglicemia (taxa elevada de açúcar no sangue) resultante da deficiente produção ou acção da insulina (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2001; Lisboa & Duarte, 1997a). A insulina é uma hormona produzida pelas células beta dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, que tem como função disponibilizar a glicose às células. A sua carência ou acção insuficiente, leva a que não haja um correcto aproveitamento dos açúcares, das gorduras e das proteínas, que representam as principais fontes de energia do nosso organismo. Uma hiperglicemia crónica vai originar, além dos sintomas clássicos, como a poliúria², polidipsia³ e perda de peso, um comprometimento vascular, com consequentes

¹ Rede com cerca de 200 médicos de clínica geral que exercem a sua actividade em centros de saúde de 18 distritos do continente e regiões autónomas.

² Termo médico que significa urinar em grande quantidade e mais vezes (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2001)

lesões nos tecidos e órgãos (ibidem). Este quadro leva ao aparecimento de várias complicações, das quais podemos distinguir:

- complicações microvasculares (lesões dos pequenos vasos sanguíneos): a retinopatia, nefropatia e neuropatia;
- complicações macrovasculares (lesões dos grandes vasos sanguíneos): doença coronária, cerebral, dos membros inferiores e hipertensão arterial;
- complicações neuro, macro e microvasculares: pé diabético;
- outras complicações: disfunção sexual e infecções.

(Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2001, p.100)

A diabetes mellitus actualmente está classificada em quatro classes: diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, outros tipos específicos de diabetes (devido a outras causas, como por exemplo, defeitos genéticos no funcionamento das células β pancreáticas, doenças do pâncreas exócrino, entre outras) e diabetes gestacional (*American Diabetes Association*, 2002). A diabetes tipo 1, também vulgarmente conhecida como diabetes insulínica (DMID), é caracterizada pela falência total das células β , levando a uma ausência total de produção de insulina e obrigando a que o doente necessite de terapêutica com insulina para toda a vida. Atinge cerca de 10% da população diabética e manifesta-se essencialmente nas crianças e jovens, podendo também, ocorrer em adultos ou idosos. As suas causas, embora ainda não totalmente esclarecidas, apontam para uma alteração no sistema imunitário do doente, que desencadeia uma reacção auto-imune com destruição das suas próprias células β . Embora podendo diferir, geralmente o seu aparecimento é brusco e, principalmente quando os valores de glicemia já são muito elevados, os sinais e sintomas como a poliúria, a polidipsia, a polifagia⁴ e a perda de peso, podem tornar-se evidentes (Levy, 1999).

A diabetes tipo 2, ou diabetes não insulínica (DMNID), é a mais vulgar, atingindo aproximadamente 90% dos diabéticos, e ocorre mais tipicamente no adulto obeso, por volta dos 45 anos. Surge habitualmente de forma silenciosa, frequentemente não dando qualquer sinal ou sintoma de forma que, quando é diagnosticada (por vezes em análises de rotina), já tem alguns anos de evolução, podendo também coe-existirem algumas complicações associadas. Traduz-se por uma insulinoresistência e défice de insulina, isto é,

³ Termo médico utilizado para caracterizar a sede constante e intensa (ibidem)

⁴ Termo médico utilizado para definir estado de fome constante e difícil de saciar (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2001)

embora o pâncreas mantenha inicialmente a produção de insulina, esta, devido a factores vários, não vai produzir o efeito desejado. Isto porque ocorre por parte do organismo, uma resistência a essa mesma produção. As causas do seu aparecimento parecem estar relacionadas com uma tendência hereditária e com hábitos de vida menos saudáveis. A obesidade, o sedentarismo e uma alimentação incorrecta estão na base do aparecimento desta patologia. Outros factores de risco como a hipertensão, a hiperlipidémia, a diabetes gestacional, as doenças do pâncreas e as doenças endócrinas, podem aumentar a susceptibilidade à diabetes tipo 2 (*American Diabetes Association*, 2002; Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2001; Duarte, 1997a; Figueirola, 1997; Florence & Yeager, 1999; Greenspan & Strewler, 1997).

1.3. Tratamento

Um dos primeiros objectivos no tratamento da diabetes é a manutenção dos níveis de glicemia dentro dos valores desejados, de modo a prevenir a descompensação aguda (hipoglicemia, cetoacidose), evitando ou minimizando os riscos de complicações tardias. De um modo geral, este controlo glicémico exige que o diabético modifique o seu estilo de vida podendo esta alteração ser muito penosa para ele. Por esta razão, é importante que o diabético seja seguido por uma equipa de saúde multidisciplinar, com médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, na qual ele próprio faça parte dessa equipa, desempenhando um papel activo no seu tratamento.

A *American Diabetes Association* (ADA) preconiza que todo o plano de tratamento a instituir, deva ser individualizado, resultando de um esforço comum entre o diabético, a sua família e a equipa de saúde. Enfatiza ainda que a componente educativa deve fazer parte integral do plano, mediada através de factores como a idade do doente, a sua escolaridade, condições de trabalho (ou na escola), situação social, personalidade, entre outras. Deste modo, os objectivos do doente serão traçados em conjunto e de acordo com a condição do doente (*American Diabetes Association*, 2002a).

De acordo com as recomendações do Grupo de Estudos da Diabetes da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (APMCG), o tratamento da diabetes tipo 2 inclui aspectos importantes como:

- Controlo da diabetes – Modificações do estilo de vida (hábitos alimentares saudáveis, exercício físico, redução da ingestão de álcool e abstinência tabágica;

- Tratamento oral e se necessário tratamento insulínico;
- Tratamento dos factores de risco independentes (redução da tensão arterial para valores iguais ou inferiores a 130/85 mmHg nos doentes sem nefropatia e redução dos valores de LDL.c (lipoproteínas de baixa densidade) para valores iguais ou inferiores a 100 mg/dl.

(Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2002)

O tratamento da diabetes tipo 1 e 2 pode diferir: na diabetes tipo 1, o tratamento com insulina injectável é imprescindível, enquanto que na tipo 2, a dieta, o exercício e, por vezes, os antidiabéticos orais poderão ser suficientes (sendo necessário só em alguns casos recorrer a insulina). Existem, contudo, aspectos comuns e de extrema importância.

O esquema terapêutico na diabetes, assenta basicamente na chamada Tríade Terapêutica, que integra a alimentação, o exercício físico e a medicação. Estes três pilares assumem igual importância e o desequilíbrio de um deles reflecte-se directamente nos outros, impedindo que o tratamento seja eficaz (Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, 2001; Duarte, 1997b; Figueirola, 1997). Assim, a educação torna-se o aspecto mais importante no controlo do doente diabético, pois esta interage simultaneamente com os três pilares, sendo a sua base de sustentação. Pelo facto da diabetes estar fortemente associada a estilos de vida, é uma doença que exige bastante do indivíduo pois, como já referido, o seu tratamento não se limita à “toma da medicação prescrita” mas exige que o diabético altere frequentemente, os seus hábitos de vida, por vezes difíceis de modificar.

Relativamente ao tratamento da diabetes tipo 2, Silva Graça refere que a mudança no estilo de vida, o combate ao stress, a prática regular de exercício físico, o controlo periódico de peso e o combate à obesidade e ao sedentarismo, tornam-se medidas essenciais no controlo da diabetes e na prevenção das suas complicações (Graça, 2000). O mesmo autor cita também os trabalhos da diabetologista Australiana Kerin O’Dea que, preocupada com a elevada prevalência da diabetes na população aborígine, decidiu fazer uma experiência. Ela pedia a alguns diabéticos mais velhos que regressassem a hábitos tradicionais tidos pelos seus antepassados. Durante sete semanas estes estiveram afastados de suas casas, modificando os seus hábitos quotidianos. Ao fim desse período a sua doença tinha quase desaparecido. Claro está que esta investigadora não tinha como objectivo que as pessoas voltassem a viver como os seus ancestrais, mas os seus trabalhos alertaram para a importância dos estilos de vida no aparecimento da diabetes.

Um outro estudo do “*Finish Diabetes Prevention Study*”, teve como objectivo determinar como os efeitos da alteração dos estilos de vida no doente diabético podem prevenir ou atrasar o aparecimento da diabetes tipo 2. Os autores estudaram 523 indivíduos obesos, com tolerância diminuída à glicose e com um estado de hiperglicemia, definido através de controlo analítico. Aos indivíduos pertencentes ao grupo de controlo apenas lhe foi fornecida informação geral sobre a alimentação e exercício. O outro grupo de indivíduos foi submetido a uma intervenção sistemática, onde eram encorajados a reduzir o peso corporal bem como a ingestão de lipídios e de gorduras saturadas, e incentivados a aumentar a ingestão de fibras e a prática de exercício físico, de modo a modificar os seus estilos de vida. Os resultados finais demonstraram que neste último grupo, o risco da diabetes foi inferior em 58%, comparativamente com o grupo controlo (*Finish Diabetes Prevention Study*, 2002).

De facto, a comunidade científica tem vindo a alertar para o facto dos estilos de vida praticados nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, poderem contribuir de forma inquestionável para o aumento da incidência e prevalência da diabetes. A diabetes e a obesidade são tão comuns, que começam a substituir os tradicionais problemas de subnutrição e doenças infecciosas que até então eram tidas como as principais causas de doença. É de consenso médico que as modificações no estilo de vida, particularmente com a restrição dietética e o exercício físico, são duas modalidades vulgarmente usadas para tratar pessoas obesas com diabetes tipo 2, pois parecem promover a insulinosensibilidade. Aliás, observa-se que cerca de 80% destes doentes têm excesso de peso (Cox & Gonder-Frederick, 1992) e, sabendo que a prevalência desta patologia aumenta paralelamente com a obesidade, a sua redução confere benefícios de saúde e, especificamente nos diabéticos tipo 2, melhora o seu controlo glicémico (Leong & Weston, 2001; Santiago & Mesquita, 1999).

A nível metabólico, o exercício físico tem vários benefícios: reduz o nível de glicose no sangue, aumenta a sensibilidade à insulina, reduz o risco de patologia cardiovascular por diminuição dos níveis lipídicos e reduz a tensão arterial. Para além destes aspectos, o exercício pode também promover uma sensação de bem estar, o que se traduz em benefícios psicológicos e aumento da qualidade de vida (Bradley, 1997; Hamduy et al., 2001; Samaras et al., 1997).

1.4. Estratégias de Controlo da Diabetes Mellitus

Perante a rápida expansão epidémica desta patologia, uma série de medidas têm vindo a ser desenvolvidas na área da prevenção da diabetes e das suas complicações.

Em Portugal, o Ministério da Saúde tem vindo a adoptar medidas específicas, inseridas na actualidade do pensamento Europeu e na revolução da política de saúde da OMS. Assim, um dos objectivos gerais, preconizado nas estratégias de Saúde para 2002, visa: *“Proporcionar, a todos os diabéticos, o acesso a todas as vertentes do Programa Nacional de Controlo da Diabetes (PNCD)”* (Ministério da Saúde, 1999, p. 49). Este programa, elaborado de acordo com os objectivos previstos pela declaração de St. Vincent, propõe medidas a vários níveis e inclui a implementação do guia do diabético, o aperfeiçoamento do sistema de informação, a prevenção primária (reforçando as actividades para a saúde), a prestação de cuidados (reforçando programas e acções de informação terapêutica dirigidas ao diabético de modo a responsabilizá-lo no seu tratamento e autocontrolo) e a informação (mobilizando os interesses dos órgãos de comunicação social) (ibidem).

2. FACTORES DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS NA DIABETES MELLITUS

A promoção da saúde assenta no pressuposto de que os nossos comportamentos e as circunstâncias em que vivemos têm um grande influência na nossa saúde, sendo esta o resultado de uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Bennet & Murphy, 1999). O estilo de vida característico dos países desenvolvidos, está associado a inúmeros comportamentos considerados não saudáveis, que contribuem para o aparecimento de doenças crónicas e para a diminuição efectiva da qualidade de vida das pessoas. A literatura em geral destaca os hábitos tabágicos, o abuso de álcool, a má nutrição e a falta de exercício físico (Bennett, 2002; Bennett & Murpy, 1999; Paúl & Fonseca, 2001; Ribeiro, 1998).

Aspectos de demografia social (que traduzem o lugar que ocupámos na sociedade) tais como o sexo, a raça e a classe social, também interferem no estado de saúde e de doença. Relativamente ao sexo sabe-se que os homens apresentam uma maior taxa de mortalidade e que em média, as mulheres têm uma esperança de vida superior à dos homens, evidenciando porém níveis mais elevados de morbilidade. Estas apresentam taxas mais elevadas de doenças crónicas como a hipertensão e a diabetes e parecem igualmente estar mais predispostas a perturbações do humor (ansiedade e depressão), enquanto os homens estão mais sujeitos a alterações da personalidade (Paúl & Fonseca, 2001). Por sua vez, a raça também parece estar associada a comportamentos de saúde e a factores de risco específicos, pois a realidade demonstra que os indivíduos de raça negra têm menor escolaridade, estão mais expostos a condições de vulnerabilidade à doença, pelas profissões desqualificadas e de risco que exercem, e pelo ambiente degradado em que frequentemente habitam (Paúl & Fonseca, 2001). Recursos financeiros são considerados um factor de risco e um baixo estatuto socioeconómico está associado, por exemplo, a uma prevalência crescente da obesidade na diabetes tipo 2 (Wing et al., 2001). Bennett e Murpy (1999), baseados em alguns estudos acerca da condição socioeconómica e saúde, descrevem 3 explicações psicológicas para as desigualdades em saúde em grupos mais desfavorecidos: uma maior exposição a agentes stressores; um menor controlo sobre os recursos pessoais e do ambiente, e um menor apoio social. Estes aspectos serão focados posteriormente, especificando a sua possível relação com comportamentos de adesão ao tratamento da diabetes.

Para além dos factores comportamentais analisados, um dos aspectos relevantes que está relacionado com um aumento na prevalência das doenças crónicas, prende-se com o desenvolvimento de vários campos específicos da ciência médica, que tem permitido intervir de forma considerável nas situações agudas de doença, contribuindo para um aumento considerável na esperança de vida e para um envelhecimento da população, verificado sobretudo nos países mais desenvolvidos (Ogden, 1999; Paúl & Fonseca, 2001). As doenças crónicas comportam consequências psicossociais complexas pois, para além de um forte impacto a nível da qualidade de vida do indivíduo afectado e da respectiva família, representam uma grande sobrecarga financeira para os países, colocando desafios constantes aos serviços de saúde (OMS, 2002).

Uma vez que as doenças crónicas se caracterizam pela sua longa duração, a intervenção médica visa sobretudo, mais do que a sua cura, o controlo dos seus sintomas e manutenção da qualidade de vida. De acordo com Paúl e Fonseca (2001, p.102): *“Viver com uma doença crónica implica necessariamente uma tentativa de reconstrução da vida própria, envolvendo estratégias específicas para lidar com os sintomas, com as consequências percebidas da doença e com o ajustamento à doença no âmbito das relações sociais.”*

Perante uma doença crónica, as pessoas reagem de maneiras diferentes. A presença de um condição crónica vulgarmente limita ou traz imposições ao doente e à sua família, exigindo de ambas as partes ajustamentos em termos comportamentais, sociais e emocionais. Quando as pessoas se consciencializam de que têm uma doença crónica, o diagnóstico rapidamente muda o modo como se vêem a elas próprias e às suas vidas, exigindo frequentemente mudanças de planos para um futuro imediato e a longo prazo. De facto, um dos maiores impactos deste tipo de doenças verifica-se na auto-percepção do indivíduo (Brannon & Feist, 1997b).

Estas reacções vão depender de vários factores tais como a personalidade, capacidade de cooperação, apoio social, natureza e consequências da sua doença e o impacto que ela vai ter na vida diária do indivíduo. As dificuldades no confronto e adaptação a essa doença são frequentes, particularmente quando as respostas consideradas normais e até previsíveis, como a negação, ansiedade e tristeza podem, em determinadas pessoas, dificultar a procura de cuidados ou a adesão às recomendações dos profissionais de saúde (Brannon & Feist, 1997b; Trindade & Teixeira, 2000). Porém, algumas características pessoais (como a percepção de controlo pessoal e o optimismo) parecem assumir um papel protector, uma vez que estão associados a um maior envolvimento em comportamentos saudáveis, menor relato de sintomas e maior recuperação. Aliás, quando os doentes utilizam variadas estratégias de

confronto, adaptáveis aos diferentes problemas colocados pela doença e percebem um bom suporte social, as dificuldades esperadas no confronto com a doença crónica serão menores (ibidem).

Rudolf Moos e colaboradores (1982; 1986), propuseram uma teoria, denominada de *teoria da crise*, que descreve factores que podem influenciar o ajustamento das pessoas perante uma doença (cit. por Sarafino, 2002).

De acordo com este modelo, o resultado da crise ou o ajustamento que a pessoa faz depende de processos de cooperação que, por sua vez, dependem de três factores:

- *factores relacionados com a doença;*
- *factores pessoais e do passado;*
- *factores relacionados com o ambiente social e físico.*

Nos *factores relacionados com a doença*, de acordo com o tipo de patologia, os problemas representarão diferentes ameaças para diferentes pessoas. Por exemplo, problemas que interfiram na imagem corporal, poderão levar a sentimentos de vergonha e até repulsa, com graves consequências na vida social do indivíduo. Os vários tipos de tratamentos (que podem ser dolorosos e com graves efeitos secundários, ou simplesmente incompatíveis com o horário laboral), também poderão contribuir para um difícil ajustamento, interferindo com o funcionamento diário da pessoa.

Os *factores pessoais e do passado* são igualmente importantes. Pessoas resilientes podem, perante situações de doença, conseguirem retirar algo de positivo dessa experiência. Este tipo de pessoas pode manter uma boa auto-estima, encontrando um sentido para a sua vida, resistindo ao sentimento de impotência muitas vezes presente em condições de doença. Os autores referem ainda que o modo como as pessoas se ajustam aos seus problemas de saúde também dependem de factores como a sua idade, sexo, classe social, compromissos filosóficos ou religiosos, maturidade emocional e auto-estima.

Relativamente às diferenças entre os sexos, para o homem pode ser particularmente difícil assumir um papel dependente e passivo resultante da doença, devido ao papel independente e activo habitualmente representado na sociedade. Inclusive, em certas doenças que interferem na vivência da sexualidade, a sua masculinidade pode ser afectada, como é o caso da diabetes (Altschuler, 1997; APDP, 2001).

No que respeita à idade, e de acordo com a faixa etária em que o indivíduo se apresenta, a doença traz implicações diferentes na vida desse mesmo indivíduo. Se as pessoas são jovens e a doença lhes rouba os planos até então traçados, sem terem a hipótese de seguir a vida na direcção planeada (como constituir família e ter filhos), o sentimento de perda torna-

se bastante doloroso. No caso da diabetes tipo 1, os jovens podem ter alguma dificuldade na adaptação à sua doença pois nesta fase de transição são vários os factores “distractores”, que dificultam a integração de um regime de tratamento tão complexo nos seus hábitos diários (Brannon & Feist, 1997a; Wolpert & Anderson, 2001). Se a pessoa já se encontra na meia idade, os problemas podem surgir na readaptação de novos papéis, abandonando o seu tipo de vida e muitas vezes o seu trabalho e projectos. Quando a doença crónica surge já numa idade avançada, as pessoas podem experienciar uma sensação de pena por não terem oportunidade de, depois de uma vida de luta e sacrifícios, poderem usufruir do tempo livre (Altschuler, 1997).

Um outro factor pessoal que está relacionado com o ajustamento à doença crónica é o grau de “auto-culpabilização” pela sua condição. As crenças erradas que as pessoas têm acerca das causas, efeitos e tratamentos da sua doença, podem influenciar no ajustamento aos seus problemas de saúde. No entanto, Hampson não encontrou este aspecto no seu estudo com diabéticos, acerca das causas da doença. Crenças na “auto-culpa” não estiveram relacionadas com a autogestão da diabetes (Hampson, 1997, p.331).

Os factores relacionados com o ambiente social e físico têm um importante papel no modo com a pessoa se ajusta à doença crónica. Os aspectos físicos do ambiente hospitalar ou mesmo do ambiente familiar, podem dificultar determinados comportamentos de ajustamento. Muitos doentes não têm, em sua casa, equipamentos ou ferramentas especiais que lhes permitam ajudar nas suas tarefas diárias, impedindo-os de serem auto-suficientes.

Por outro lado, a relação com os próprios profissionais pode ser uma fonte importante de dificuldades na gestão da doença crónica, pois a autonomia do paciente *versus* a dependência dos profissionais de saúde torna-se um problema, principalmente quando o contacto se faz a longo prazo (Petrie & Moss-Morris, 1997). A literatura na área da diabetes é consensual, quanto à importância desta relação no ajustamento à doença e consequentemente na sua autogestão.

A presença de apoio social (formal e informal) normalmente ajuda o doente, a sua família e amigos a adaptarem-se mais facilmente à doença. O grau no qual cada membro do sistema social se ajusta de modo construtivo à doença, afecta o ajustamento dos outros (Sarafino, 2002). Segundo Altschuler (1997), esta negociação de mudança no seio da família, para além de determinada por todos os elementos, também reflecte a qualidade da relação anteriormente existente entre eles.

De um modo geral, a doença crónica representa uma desvantagem (por incapacidade, deficiência ou ambas), que implica um conjunto de mudanças na relação dinâmica existente entre o indivíduo e o seu meio físico e social, com algumas consequências na adaptação a esse

próprio meio. Para tal, alguns recursos educacionais, sociais e materiais, poderão ser mobilizados de modo a permitir um melhor ajustamento à própria doença (Paúl & Fonseca, 2001).

O ajustamento a uma condição crónica como a diabetes envolve todos estes factores. O impacto do diagnóstico e o controlo desta patologia implicam alterações significativas na relação que o indivíduo tem consigo próprio e com o ambiente que o rodeia. Embora habitualmente os diabéticos tipo 2 não tenham que recorrer à insulina injectável, várias restrições são impostas, nomeadamente a nível do regime alimentar, hábitos de exercício e uso de medicação. As próprias complicações tão tipicamente silenciosas da doença, limitam frequentemente a vida do doente impondo restrições nem sempre compatíveis com os seus papéis familiares e sociais. Por outro lado, o modo como cada indivíduo encara a sua diabetes também difere: uns optam por ignorar a gravidade da sua doença desleixando-se no tratamento, outros ficam mais agressivos não colaborando com o regime aconselhado e alguns, não exteriorizando qualquer agressividade, tornam-se depressivos (Brannon & Feist, 1997b).

Passaremos de seguida a abordar de que modo os vários factores psicossociais (crenças, conhecimentos, emoções, entre outros) podem influenciar a adaptação do diabético à sua patologia.

2.1. Representações/Cognições de Doença

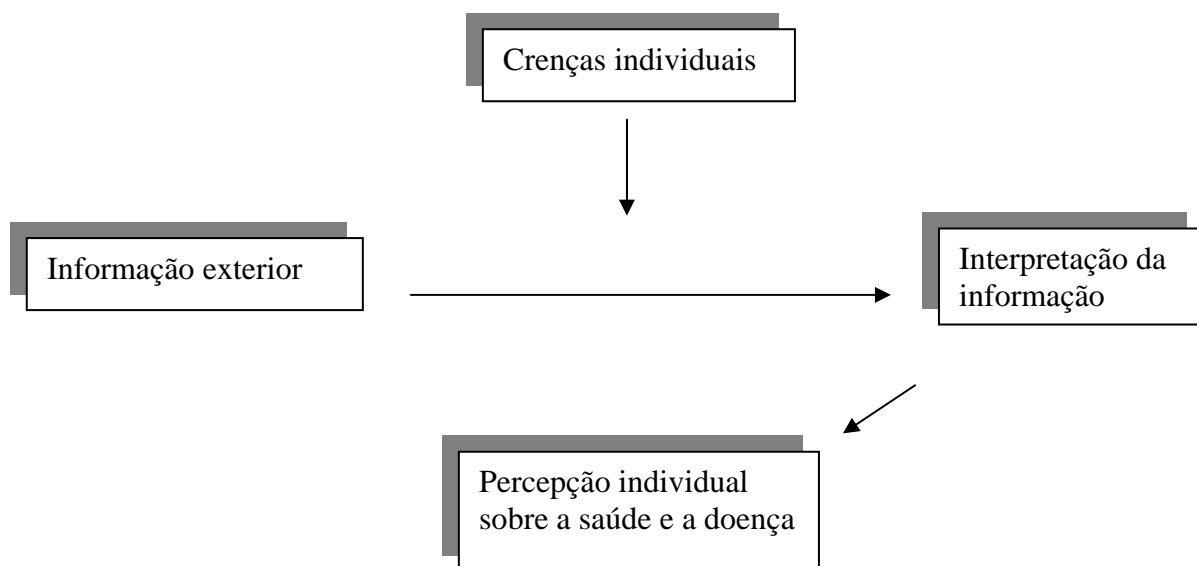
Recentemente, temos assistido a mudanças na conceptualização de saúde e doença. O estar doente deixa de ser exclusivamente um conjunto de sinais ou sintomas clinicamente identificáveis e diagnosticáveis, mas uma experiência pessoal, idiossincrática e abrangente. Alguns termos usados na língua inglesa evidenciam as diferentes dimensões da experiência da doença. O termo *disease* ou “*estar-se doente*” refere-se a entidades nosológicas que se traduzem objectivamente por um conjunto de sintomas físicos ou condições orgânicas, susceptíveis de serem diagnosticadas por um profissional de saúde. O termo *illness* está associado a “*sentir-se doente*” e tem a ver com a experiência subjectiva e com os sentimentos associados a alterações na saúde. Por sua vez *sickness* ou “*comportar-se como doente*” reporta-se a um conjunto de comportamentos relacionados com pessoas rotuladas como não saudáveis. Estas distinções não são lineares, pois é possível a existência de uma doença sem

que o indivíduo experiencie sinais ou sintomas (e.g. diabetes, cancro), ou o indivíduo sentir-se doente sem que qualquer doença seja diagnosticada (Altschuler, 1997; Ribeiro, 1998).

Simultaneamente, assiste-se a uma mudança na filosofia dos cuidados em que, sem descuidar o tratamento, se aposta mais no sentido da prevenção e compreensão da doença. Estas mudanças têm posto em causa a visão do doente como agente passivo dos seus cuidados de saúde. O indivíduo passa a ser encarado como um todo, sendo o principal agente activo, responsável pela sua saúde e doença, influenciado pelas suas cognições e emoções associadas à saúde, e que influenciam no processo de decisão que irá determinar a adopção de comportamentos saudáveis (McIntyre, 1994). Os utentes, por sua vez, têm maiores expectativas sobre os profissionais de saúde, esperando que estes, durante as interações, atribuam maior importância às suas próprias perspectivas. Este papel activo e actual do indivíduo na manutenção da sua saúde, torna pertinente a realização de estudos que permitam compreender de que forma as crenças individuais influenciam a percepção sobre a sua saúde e doença.

Neste âmbito, Schoeber e Lacroix, 1991 (cit. por Figueiras, Machado, & Alves, 2002) referem que toda a informação vinda do exterior é interpretada de acordo com o sistema de crenças individuais, conferindo um cunho pessoal ao modo como a pessoa vê o seu estado de saúde ou doença (Figura 1).

Figura 1- Influência das crenças individuais na percepção da saúde e doença



A compreensão de como as pessoas se posicionam sobre a sua saúde, avaliam as possíveis ameaças, constróem uma percepção ou representação da doença e lidam com ela, poderá constituir uma base mais sólida para intervenções bem sucedidas (Ogden,1999). As crenças acerca da saúde e também da doença, podem ser usadas para prever os comportamentos. Aliás, determinadas crenças e comportamentos estão intimamente relacionadas com as causas de certas doenças. Vários são os estudos que vêm corroborar este aspecto, alertando para o facto de algumas das doenças terem sido irradicadas, não tanto pelas intervenções médicas, mas por factores sociais e ambientais (ibidem).

A adopção de determinados comportamentos também é influenciada por diversos factores de natureza socio-demográfica (género, nível sócio-económico e educacional, número de elementos do agregado familiar, acesso a cuidados de saúde), factores de natureza situacional (influencia interpessoal dos pares e família), factores de natureza psicológica (emocionais e cognitivos) e factores relacionados com a percepção dos sintomas (Petrie & Weinman, 1997).

O modo como as pessoas percebem os seus sintomas também influencia a sua motivação e consequentemente os seus comportamentos, podendo levá-las a ignorá-los ou a procurar imediatamente uma ajuda profissional (Leventhal & Benyamini, 1997). Se os sintomas são severos e incomodativos, o mais provável é que a pessoa procure rapidamente os serviços de saúde.

As crenças ou representações de doença são vulgarmente designadas na literatura como “cognições de doença”. As cognições de doença são de acordo com Leventhal e colaboradores (cit. por Ogden,1999), as crenças implícitas de senso comum que o indivíduo tem sobre a sua doença. Trabalhos recentes demonstram que os pacientes criam os seus próprios modelos ou representações da sua doença, de modo a que esta faça sentido ou que responda aos seus problemas (Weinman, Petrie, Moss-Morris, & Horne, 1996).

Um dos modelos que surge com uma visão dinâmica, centrado nas crenças individuais sobre a saúde/doença e nas respostas às ameaças de doença, é o modelo de auto-regulação do comportamento, desenvolvido por Leventhal e colaboradores (Leventhal et al., 1997; Leventhal & Crouch, 1997). Neste, Leventhal incorpora o seu modelo de cognições de doença no modelo de auto-regulação de comportamento em saúde (Weinman et al., 1996), em que as crenças que o doente tem acerca dos sinais e sintomas, bem como a sua interpretação, medeiam as respostas comportamentais perante a ameaça à sua saúde. Este modelo, associa os conceitos teóricos de cognição de doença com as técnicas de resolução de problemas, de modo a explicar o comportamento de *coping* perante uma doença. A premissa fundamental neste quadro teórico é que o doente é activo na sua resolução de problemas:

“Patients respond to illness in a dynamic way based on their interpretation and evaluation of the illness. The choice of a particular coping response [...] is influenced by whether it makes sense in the light of their own ideas about the illness and personal experience of the symptoms” (Horne & Weinman, 1998, p.37).

Um outro aspecto importante é que a mensagem de medo, isto é, o medo por si só, é muitas vezes insuficiente para a adesão a comportamentos preventivos. Para facilitar a mudança de comportamento, estes autores sugerem a necessidade de fornecer instruções claras para acções bem sucedidas, ajudando o indivíduo a incorporar essas acções na sua vida diária (ibidem). Ainda segundo este modelo auto-regulador, o indivíduo perante um problema no seu estado de saúde, fica motivado para o resolver de forma a retomar o seu estado de normalidade ou equilíbrio.

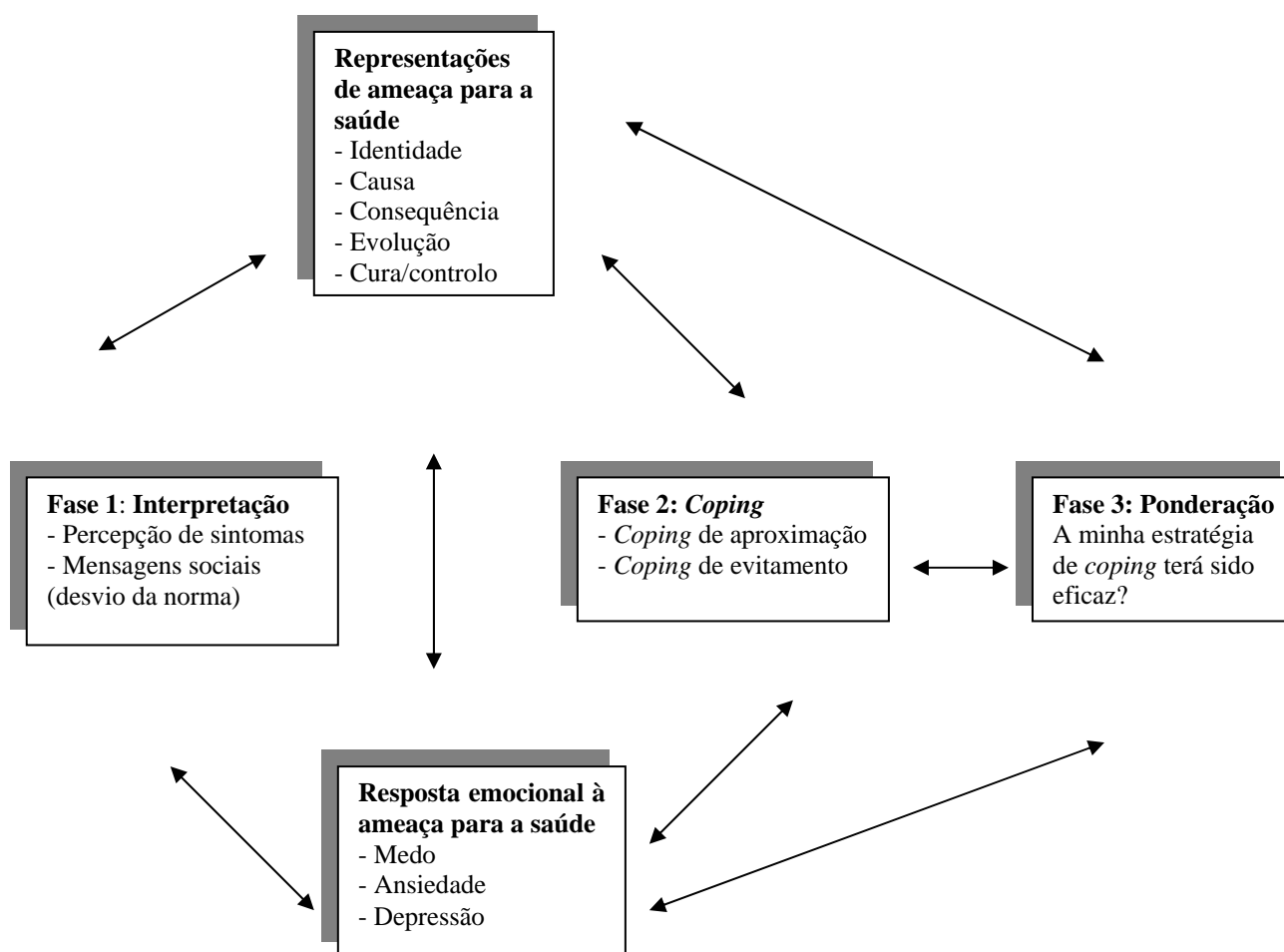
As respostas à doença seguem normalmente três etapas que se encontram esquematizadas na Figura 2 (Ogden, 1999, p. 61):

1.^a *Representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde ou Interpretação.* O doente ao ser confrontado através de pistas internas (ex. sintomas) ou externas (ex. informação) com uma potencial doença, tenta atribuir um significado ao problema, de acordo com as cognições que o indivíduo possui sobre essa patologia. Estas cognições organizam-se em várias dimensões: identidade, causa, duração, consequências e cura/controlo. É através desta representação cognitiva do problema que o indivíduo lhe atribui determinado sentido, influenciando as estratégias por ele adoptadas para lidar com a doença. Simultaneamente a esta representação, ocorrem também alterações no estado emocional que, conjuntamente, serão determinantes na adopção de estratégias para enfrentar a situação.

2.^a *Desenvolvimento e implementação do plano de acção ou coping.* Nesta fase, o indivíduo identifica e selecciona estratégias que lhe permitam adquirir a homeostasia física e emocional ameaçada ou perdida. Para tal, ele pode desenvolver um conjunto de estratégias de *coping* que habitualmente se reúnem em dois grupos: *coping* de aproximação (resolução de problemas, procura de apoio social) ou um *coping* de evitamento (negação).

3.^a *Ponderação ou avaliação do resultado do plano de acção.* Envolve uma ponderação/avaliação sobre as estratégias de *coping* utilizadas, de modo a adaptar-se à sua doença (ou consequências) mantendo, dentro do possível, a sua qualidade de vida

Figura 2- O modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal (Adaptado de Ogden,1999).



Estes estádios ocorrem em paralelo, num nível cognitivo e emocional (o que explica as respostas à ameaça de doença aparentemente irracionais, como por exemplo, não recorrer aos serviços de saúde com medo do diagnóstico), existindo uma interacção dinâmica entre os processos de representação, *coping* e avaliação. Deste modo, a resposta de pedir ajuda ou até adiá-la, pode ser vista como uma estratégia de *coping*.

A representação da doença, que comporta a representação cognitiva (*identidade, causa, consequências, duração, cura e controlo*) e a representação emocional (medo, ansiedade e depressão), prepara o indivíduo para as próximas etapas, o *coping* e a avaliação.

“Further early work led to the notion that illness representations contained a number of discrete attributes (i.e. identity; cause; time-line; consequences; controllability) which provided the basis for the coping responses or procedures for dealing with the health threat.”

(Petrie & Weinman, 1997, pp.2-3)

Segundo estes autores, as vários componentes das representações de doença, definem-se do seguinte modo:

- *Identidade*: inclui rótulos abstractos, como o nome da doença e está relacionada com a ideia que o paciente tem acerca da natureza da sua condição, isto é, os sintomas associados e as relações entre eles;

- *Causa*: inclui as ideias que o paciente tem acerca das causas prováveis da sua doença e que podem ser internas (factores genéticos) ou externas (stress, aspectos alimentares);

- *Duração*: (ou evolução/dimensão temporal) indica a sua percepção quanto à duração provável dos seus problemas de saúde e pode ser categorizada como aguda (ou de curta duração), crónica, ou cíclica/episódica;

- *Consequências*: reflectem as crenças do indivíduo acerca da gravidade da doença e o impacto provável no seu funcionamento físico, psicológico, económico e social;

- *Cura/controlo*: indica até que ponto os pacientes acreditam que a sua condição é passível de cura ou controlo.

Embora estes componentes sejam distintos, podendo ter efeitos específicos no *coping* e seus resultados, não são necessariamente independentes (Weinman et al., 1996). Por sua vez, Nerenz e Leventhal (1983) alertam para o facto de que, nem sempre todos estes domínios da representação se encontram presentes e claros, podendo também não se encontrarem bem integrados (cit. por Bennett, 2002).

Enfrentando a doença como algo pouco comum, o indivíduo vai construir a sua própria representação da doença que, por sua vez, vai determinar o seu comportamento e respostas. Simultaneamente, perante a representação da ameaça, ele vai servir-se das suas próprias expectativas e crenças sobre as diferentes mudanças de comportamento, incluindo a adesão a comportamentos prescritos. Estas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais são auto-reguladoras uma vez que emergem e são influenciadas pelo auto-conceito do indivíduo.

Petrie e Weinman (1997) alertam também para o facto de que estas apreciações da ameaça à saúde, podem ser moderadas por factores como a personalidade e a idade. Pessoas mais depressivas e com emoções negativas parecem enfatizar mais os sintomas de uma possível doença (Bennett, 2002).

Elaine Leventhal e Melissa Crouch (1997), examinaram as mudanças relacionadas com a saúde e a doença nos processos de auto-regulação ao longo da vida, focando especialmente as pessoas de idade. Os seus estudos indicaram que os comportamentos compensatórios, baseados num crescente sentido de vulnerabilidade, associados à necessidade de reduzir os riscos de saúde e conservar os recursos pessoais, asseguram que as pessoas mais idosas demonstrem níveis mais elevados de comportamentos preventivos e uma maior adesão ao tratamento. Porém, um estudo realizado com mulheres diabéticas tipo 2, onde eram entrevistadas sobre as suas crenças e sentimentos acerca da sua doença, fez alguma distinção sobre as pessoas de meia idade (46 a 64 anos) e as pessoas mais velhas (65 a 79 anos). Os resultados evidenciaram que as de meia idade acreditam que o tratamento da diabetes é mais importante, reflectindo a sua preocupação em prevenir ou adiar as complicações (Hampson, Glasgow & Toobert, 1990). Estes resultados podem também ser influenciados pelos profissionais de saúde, pois estes podem dar mais ênfase à importância do tratamento nas pessoas de meia idade do que nas pessoas mais velhas.

No entanto, Leventhal e colegas também salientam que não só os factores psicológicos deverão ser tidos em conta, mas também os factores sociais e culturais pois eles influenciam os processos de avaliação ou apreciação, assim como os comportamentos escolhidos para lidar ou controlar a situação (Leventhal et al., 1997, p.37). Assim, as representações das ameaças de saúde são uma função do conhecimento semântico do indivíduo (ex. a relação dos sintomas com a doença, compreensão da doença e das opções de tratamento), e também dos factores específicos contextuais, tal como a natureza das mudanças somáticas e as situações nas quais elas ocorrem. Este conhecimento semântico acumula-se ao longo da vida, e os sintomas e contextos variam em função da idade e das circunstâncias sociais do indivíduo.

Acerca da percepção de sintomas, alguns estudos descritos por Bishop (1994) referem que os factores socioculturais têm um importante papel no modo como os doentes percebem os seus sintomas e interpretam o seu estado de saúde. Aliás, a própria posição que o indivíduo ocupa na sociedade parece influenciar esta percepção. Outros aspectos como a opinião de pessoas significativas, a imagem ou estereótipo que a doença possa ter no ambiente social em que este se insere, para além da informação que possua sobre a patologia, podem interferir na representação criada em torno da mesma (Figueiras, 1999). A resposta cognitiva aos sintomas ocorre em paralelo com a resposta emocional, auto-influenciando-se (Figueiras, 1999; Llor, et al., 1995; Petrie & Weinman, 1997).

2.1.1. As Representações de Doença na Diabetes

A percepção dos sintomas funciona como o contacto inicial que o doente tem com a sua doença. Aquando do diagnóstico, a diabetes tipo 2 raramente se faz anunciar através de sinais ou sintomas, de modo que facilmente passa despercebida. Deste modo, o diagnóstico desta doença crónica, surge abruptamente sem quaisquer sintomas, sendo a sua identidade baseada em cognições, emoções e mensagens sociais tal como em várias doenças oncológicas. Já com a diabetes diagnosticada, a percepção dos sintomas diários que alertam para a autogestão de forma a manter os valores de glicemia dentro dos limites desejáveis, constituem um bom exemplo de auto-regulação.

Hampson (1997), faz alusão às representações de doença e autogestão da diabetes, apresentando uma breve revisão bibliográfica, sobre as diferentes perspectivas teóricas nas cognições de saúde, dando ênfase ao modelo de auto-regulação de Leventhal (1984). Neste artigo, Hampson (1997), descreve como Leventhal e seus colaboradores ilustram o modo como as representações de doença influenciam a interpretação dos sintomas e a procura de cuidados médicos na identificação inicial da doença e como este modelo continua a representar um papel importante, depois do diagnóstico inicial da diabetes.

A representação dos sintomas pode ser um factor determinante nas decisões de autogestão da diabetes. Apesar da alteração significativa dos níveis de glicose no sangue poder causar sensações desagradáveis no doente, a verdade é que estes podem ter dificuldades em associá-las especificamente a hipo ou hiperglicemia. Provavelmente se esta alteração nos níveis de glicose originasse sinais e sintomas distintos e fiáveis, a autogestão da diabetes seria muito mais fácil, pois os diabéticos saberiam, monitorizando somente os seus sintomas, quando deveriam tomar medidas para aumentar ou diminuir o seu açúcar no sangue. Embora alguns estudos (Gonder, Frederick & Cox, 1990 e 1991, cit. por Hampson, 1997) apontem para que os doentes insulino-dependentes (tipo 1) apresentem conhecimentos que lhes permitem distinguir com alguma fiabilidade estados de hipo ou hiperglicemia, estes podem precisar de algum treino para reconhecer a associação entre o que eles sentem e o seu nível de glicose no sangue. Quanto aos diabéticos não insulino-dependentes, os estudos sobre a percepção dos sintomas são mais escassos e alguns apontam para o facto de que, apesar dos níveis de glicose estimados e baseados na percepção dos sintomas possam estar relacionados com os níveis efectivos, estas estimativas são demasiado imprecisas para a auto-regulação. Um outro aspecto importante referenciado por Cox e colaboradores (1987, cit. por Hampson, 1997) alerta para o facto de muitas pessoas com diabetes evitarem baixar os seus valores de

glicose pelo receio de um episódio de hipoglicemia grave que pode causar acidentes, coma e hospitalização. Estas crenças e emoções acerca dos sintomas podem levar a que, deliberadamente, o indivíduo mantenha os seus níveis de glicose acima do desejável de modo a evitar episódios de hipoglicemia (Cox et al, 1986, cit. por Hampson, 1997; Surwit, Feingloss & Scovern, 1983).

As crenças acerca das causas da doença podem ser estudadas através da teoria da atribuição. Esta classifica as crenças acerca das causas em atribuições internas *versus* atribuições externas, que variam na estabilidade e globalidade. Na atribuição interna da causalidade, esta está localizada na pessoa, podendo envolver culpabilização. A atribuição externa localiza-a essencialmente em factores externos ou factores ambientais. O conhecimento das crenças etiológicas que o indivíduo possui, pode ser útil ao profissional de saúde para compreender as dificuldades no processo adaptativo à doença. Se o doente associa as causas da sua patologia a comportamentos menos correctos da sua parte, apresentará um sentimento de culpa que poderá dificultar o seu processo adaptativo, enquanto que se as causas forem atribuídas à sorte, destino ou forças divinas, a aceitação será mais resignada, embora penalizando o controlo da situação (Llor et al., 1995).

Hampson e colaboradores (Hampson, Glasgow & Foster, 1995, cit. por Hampson, 1997; Hampson, Glasgow & Toobert, 1990), baseados no modelo da auto-regulação de Leventhal, estudaram as representações da diabetes perguntando aos doentes com diabetes não insulino-dependentes, acerca das suas atribuições causais. Numa amostra de 81 pessoas, 68% espontaneamente mencionaram a hereditariedade. Cerca de metade dos participantes também atribuíram responsabilidades ao stress (53%), ao peso (58%) e à dieta (55%). Embora 62% dissessem que contribuíram de algum modo para o desenvolvimento ou agravamento da sua diabetes, 43% da amostra auto-culpabilizaram-se e 57% não culpou ninguém. Estes diabéticos pareciam ter bons conhecimentos acerca das possíveis causas da sua doença e mostraram uma variabilidade considerável acerca da auto-culpa. Este estudo aponta para que as crenças sobre a culpabilidade não estão fortemente relacionadas com a autogestão da diabetes (como já anteriormente referido). A autora alerta ainda para o facto que as crenças da causa inicial possam ser mais importantes nas doenças agudas do que nas doenças crónicas.

Relativamente às crenças acerca do decurso da doença, estas parecem ser potenciais preditoras da autogestão da doença crónica e os diabéticos maioritariamente acreditam que a sua diabetes é crónica, sem hipótese de cura.

A componente do tratamento consiste em crenças, sentimentos e emoções associadas à gestão e controlo das implicações da doença, mais que da sua cura. Bandura (1977) na sua teoria cognitiva social, define expectativas de eficácia, como as crenças no desempenho de

comportamentos específicos e expectativas de resultado (cit. por Hampson, 1997). Na autogestão da diabetes, a auto-eficácia refere-se à crença acerca da sua própria capacidade em seguir a recomendação do regime (dieta, exercício, medicação e teste à glicose). As expectativas de resultados são crenças acerca do efeito que estes comportamentos terão no controlo da diabetes, na qualidade de vida ou no modo como as pessoas se sentem. São ainda referenciados por Hampson (1997) alguns estudos de Hurley e Shea (1992), e Kavanagh, Gooley e Wilson (1993), que apontam que as crenças de auto-eficácia são preditivas de vários aspectos de autogestão da diabetes, particularmente a dieta e o exercício.

Yardley e colaboradores debruçaram-se sobre o conhecimento das percepções de tratamento e alertam para que um importante factor de adesão à medicação é a crença nas suas possibilidades de restituir o estilo de vida normal. Um outro factor está relacionado com o facto do medicamento ser ou não percepcionado como nocivo (Yardley, Sharples, Beech & Lewith, 2001).

As diferentes perspectivas teóricas nas cognições de saúde, assim como a abordagem de Leventhal, permitiram demonstrar que as pessoas têm uma variedade de crenças acerca da sua diabetes, algumas das quais estão associadas à adesão aos regimes de tratamento e comportamentos de autogestão.

O modelo de auto-regulação do comportamento em saúde de Leventhal (SRM) também pode ser útil na compreensão da não adesão intencional, pois se a adesão é perspectivada como sendo uma estratégia de *coping*, então o modelo prevê que a decisão em seguir as recomendações médicas será influenciado pelas representações que o doente tem da sua doença e pela sua visão sobre as indicações do tratamento (Horne, 1997). Deste modo, o SRM enfatiza o papel central que as representações de doença têm nas decisões de adesão.

2.2. Resposta Emocional e *Coping*

O diagnóstico de uma doença pode afectar profundamente o modo como vemos a nossa vida, influenciando a relação com a família, amigos e colegas. O aparecimento de algumas perdas e incapacidades pode abalar a nossa noção de invulnerabilidade, infalibilidade e controlo, provocando emoções de medo, culpa, arrependimento e até preocupação quanto à reacção dos outros (Altschuler, 1997). Esta gestão de emoções e sentimentos negativos são problemas reais que os doentes têm de enfrentar (Moos & Schaefer, 1984, cit. por Brannon & Feist, 1997b)

“A emergência de uma doença crónica é um acontecimento não-normativo que constitui um poderoso agente stressor” (Ribeiro, 1998, p.185). Isto porque estas doenças implicam que o indivíduo as integre na sua vida, procurando um equilíbrio entre o controlo da doença e as restantes actividades que fazem parte do seu quotidiano. Se este controlo ou equilíbrio não for bem conseguido, provocará emoções geradoras de *stress*. Segundo Lazarus & Folkman (1984), o *stress* é fruto de um desequilíbrio entre as exigências do meio e as capacidades de *coping* (ou capacidades de resposta). Este desequilíbrio varia com as condições físicas em que essa pessoa se insere, com o seu estado psicológico, a sua interpretação/avaliação de determinada situação, assim como com as percepções que possuem e desenvolvem.

Perante um estímulo *stressor*, como por exemplo uma doença, o indivíduo desencadeia vários processos psicológicos. O primeiro engloba uma avaliação cognitiva. De acordo com o modelo transaccional de Lazarus e Folkman (1984), que marcou o conceito de *coping*⁵ nas doenças crónicas, o acontecimento gerador de *stress* é avaliado em termos do seu potencial de ameaça assim como da capacidade percebida pelo indivíduo para enfrentar essa ameaça (Lazarus & Folkman, 1984). Se essa potencial ameaça é elevada, e a capacidade percebida de lidar com ela é baixa, então o indivíduo sente esse acontecimento como gerador de *stress*. Neste modelo, as respostas do indivíduo são divididas em estratégias focadas na emoção e focadas no problema. As estratégias de *coping* focadas na emoção, baseiam-se na interpretação que o indivíduo faz na sua relação com o ambiente, envolvendo mais o pensar do que o agir, não implicando porém passividade, mas sim uma reestruturação interna. Isto significa que, embora eles não mudem a sua relação afectiva, mudam o seu significado e logo a sua reacção emocional (Lazarus, 1991). O *coping* focado na emoção está então direccionado ao controlo da resposta emocional do paciente ao estímulo *stressante*. Algumas destas estratégias, como a aceitação da doença, o pensamento positivo e a utilização do apoio social, podem trazer benefícios ao longo da doença (Petrie & Moss-Morris, 1997).

Para Lazarus (1991), o conteúdo cognitivo também se encontra relacionado com estados emocionais, que se traduzem por ansiedade, agressividade e depressão. O *stress*, resultante das cognições, traduz-se a nível fisiológico (dores de cabeça, fadiga, tremores), emocional (tensão, irritabilidade, ansiedade, depressão), do comportamento interpessoal (excesso de bebida, tabaco, negligência para com a própria pessoa, impaciência, intolerância,

⁵ De acordo com Lazarus (1991, p.112), *coping* é definido por “cognitive and behavioural efforts to manage specific external or internal demands (and conflicts between them), that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person”

isolamento) e da adaptação psicossocial (Paúl & Fonseca, 2001). Deste modo, facilmente se depreende que este impõe ameaças à saúde do próprio indivíduo, existindo inclusive investigadores que defendem a sua ligação com o aparecimento de diversas patologias.

Considerando a doença como crise geradora de *stress*, o indivíduo põe em prática, de acordo com as suas capacidades, mecanismos de adaptação que visam o retorno ao estado de equilíbrio desejado. Esta capacidade para confrontar a situação, está relacionada com as suas capacidades de *coping* que por sua vez envolvem inúmeros factores biológicos, psicológicos e sociais (McRae & Smith, 1998; Paúl & Fonseca, 2001). A capacidade de *coping* pode ser entendida como o esforço cognitivo, emocional e comportamental que o indivíduo mobiliza no sentido de lidar, tolerar ou reduzir as exigências que superam os seus recursos e representa uma estratégia para reduzir a vulnerabilidade ao *stress* (Navalhas, 1998).

Em situação de doença crónica, o estímulo desencadeador de *stress* não é passageiro e de duração limitada, mas sim continuo e por vezes de alta intensidade. De acordo com Moos (1982), o indivíduo desenvolve algumas estratégias de *coping* para lidar com a doença crónica (cit. por Paúl & Fonseca, 2001, p. 104):

- negar ou minimizar a seriedade da doença, separando o lado clínico do lado emocional. Deste modo, o indivíduo consegue, nesta fase inicial, ter tempo para entender o que lhe está a acontecer;
- procurar informação sobre a sua doença e tratamento, e aprender a lidar com ela;
- traçar objectivos concretos e limitados, tentando manter as suas rotinas habituais;
- recrutar suporte instrumental e emocional através da sua família e amigos;
- perspectivar alguns acontecimentos e situações *stressantes* futuras de modo a estar preparado para dificuldades que podem surgir;
- encontrar uma perspectiva regulável sobre a sua saúde, atribuindo significados às suas experiências e traçando objectivos a longo prazo.

É interessante verificar que a gravidade da doença parece não ter uma relação consistente com o *coping* e com o ajustamento à doença, sendo no entanto o processo de *coping*, afectado em grande escala por influências sociais e psicológicas. Apesar de ainda não serem muito claros os benefícios exactos do apoio social no contexto de doença crónica, estes podem influenciá-lo (Navalhas, 1998; Petrie & Moss-Morris, 1997).

De facto, todas as mudanças, em conjunto com as necessidades de integrar uma nova visão do “eu”, pode levar a dificuldades na regulação do afecto e a um aumento de risco das perturbações emocionais e do ajustamento, com um consequente elevado risco de depressão

(Cassileth et al, 1984, cit. por Petrie & Morris, 1997). Apesar de alguns autores demonstrarem que a percepção da gravidade da doença, assim como suas consequências, não se encontram dependentes das emoções negativas (zanga, ansiedade e depressão), é uma realidade que estas emoções influenciam a sintomatologia somática (e.g. fadiga), com consequências directas na percepção da gravidade da doença, contribuindo para uma incapacidade física e social. (Petrie et al., 1995; Ray et al., 1992). Daqui se depreende que este tipo de emoções estejam associadas a uma diminuição na qualidade de vida podendo inclusive, afectar a adesão ao tratamento (Taylor & Aspinwall, 1993, cit. por Brannon & Feist, 1997b)

Nos últimos anos, os investigadores tentaram aprofundar a associação entre a adaptação emocional à doença crónica e as variáveis psicossociais, nomeadamente as características de personalidade e o suporte social. Foram realizados trabalhos em doentes com artrite reumatóide e em doentes seropositivos, com o objectivo de estudar esta relação (Pastor et al., 1999; Grassi et al., 1999). As conclusões sugeriram que um locus de controlo interno e auto-eficácia generalizada, nos doentes com artrite reumatóide, estavam associados ao aparecimento da ansiedade e depressão na fase inicial de impacto da patologia. Nos doentes seropositivos foi encontrada a associação entre a gravidade da doença e a convicção sobre a sua rápida progressão, com uma maior irritabilidade, negação prolongada e humor disfórico. Uma percepção negativa, assim como crenças catastróficas em doentes com síndrome de fadiga crónica (Petrie et al., 1995) e doentes com artrite reumatóide (Murphy et al., 1999) parecem estar associados a depressão e maiores níveis de incapacidade.

2.2.1. Ajustamento à Doença na Diabetes

A diabetes é uma das doenças crónicas que, apesar da ausência de dor física, exige do doente um grande autocontrolo com implicações significativas no seu estilo de vida. Todas estas implicações afectam o diabético a nível psicológico (Gameiro, Moos & Teixeira, 2000).

Uma revisão da literatura indica uma evidencia pobre na relação directa entre os factores psicológicos e o aparecimento da diabetes (Beardsley & Goldstein, 1995). Enquanto alguns estudos sugerem a existência de uma relação causal entre eventos *stressantes* e a diabetes, outros não o sugerem, tornando-se difícil determinar quando estes antecedem ou procedem a diabetes. No entanto, alguns trabalhos parecem indicar que a depressão tende a preceder o despoletar da diabetes (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002). A relação entre o *stress* e a diabetes parece ser complexa. O *stress* pode afectar directamente a glicemia

através da libertação de hormonas que provocam o seu aumento ou indirectamente, pela alteração comportamental que se traduz em negligencia com os autocuidados (Cox & Gonder-Frederick, 1992; Polonsky, 1993).

Peyrot e Rubin (1997) demonstraram que a diabetes está associada a um aumento de risco de perturbações psicológicas (ansiedade e depressão). Alguns factores sócio-demográficos como o sexo, idade, raça, escolaridade e estado civil também foram estudados neste contexto. Os resultados indicaram que o sexo é um factor de risco neste tipo de distúrbios, com as mulheres a apresentarem cerca de duas vezes mais probabilidades de os desenvolver do que os homens. A raça negra também parece estar relacionada especificamente com a ansiedade. Indivíduos com baixa escolaridade estão mais sujeitos a distúrbios assim como pessoas solteiras. Maiores níveis de ansiedade e depressão foram encontrados em pessoas de meia idade (30-49 anos) do que nos mais velhos. Mais recentemente, Nichols e Brown (2003) vieram igualmente evidenciar que a depressão é mais comum nos diabéticos tipo 2, comparativamente com os não diabéticos. As mulheres, em ambos os grupos, apresentaram duas vezes mais depressão do que os homens.

Amaral (1997), refere que características individuais do doente, como perturbações psicológicas, personalidade, estilos de *coping* e crenças de saúde, podem influenciar os comportamentos de autocontrolo. A ansiedade e depressão podem interferir nesses comportamentos, assim com a capacidade de lidar com o *stress* diário ou resolver os problemas. Nos diabéticos, a depressão, habitualmente crónica, surge como uma das perturbações psicológicas com maior prevalência. Investigações apontam para que a depressão clinica que ocorre em 15 a 20% dos diabéticos, tenha influencia no autocontrolo/controlo glicémico nos jovens e adultos, e que a ansiedade esteja também associada a um fraco controlo metabólico (Peyrot & Rubin, 1997). Friedman e colaboradores (1998) também evidenciaram que, para além de uma elevada prevalência de perturbações de índole psiquiátrica em diabéticos, esta estava associada a dificuldades no controlo metabólico e fraca adesão ao regime alimentar (cit. por Bennett, 2002). Um estudo levado a cabo por Bailey (1996) teve como objectivo examinar como fontes geradoras de tensão e seus factores atenuantes (severidade da diabetes, exigências diárias, *coping* e suporte social) funcionaram nos adultos com diabetes, e como o autocontrolo e a auto-estima funcionaram como variáveis mediadoras na depressão. Os resultados, para além de demonstrarem uma alta prevalência de depressão na amostra (32,4%), evidenciaram que as complicações da doença, e a exigência e efeitos do regime, se relacionavam significativamente com a depressão, ao contrário do

controle metabólico. Um maior suporte social estava relacionado com menos sintomas depressivos.

As influências sociais como a família, relação com os parceiros e apoio social começam a receber a atenção científica. Hanson e colaboradores (1987, cit. por Beardsley & Goldstein, 1995), descobriram que os efeitos do *stress* no controle metabólico eram atenuados nos adolescentes diabéticos que evidenciavam uma elevada pontuação nas medidas de competência social. Aqueles que tinham uma competência social baixa, apresentavam uma deterioração no controle metabólico em resposta a eventos *stressantes*, enquanto que os indivíduos com elevada competência social demonstravam mudanças mínimas no controle metabólico face a esse tipo de eventos.

De facto, embora as pesquisas para avaliar os efeitos da gestão do *stress* no controle da diabetes tenha produzido descobertas inconsistentes, uma vez que uns demonstram benefícios enquanto outros não, de acordo com Bradley (1997), alguns ganhos são esperados decorrentes do treino da gestão do *stress*:

- melhoria do bem estar psicológico;
- melhoria do nível de controlo de glicose e redução do risco de complicações a longo prazo;
- necessidades de insulina reduzidas e consultas médicas menos frequentes

Verificamos que algumas variáveis psicossociais, como o suporte social, o autocontrolo, a auto-estima e os *estilos de coping* podem ter influência na gestão do *stress* e na depressão. Embora mais investigações sejam necessárias para esclarecer a sua relação com o controlo glicémico, as vantagens da redução do *stress* traduzem-se em aspectos importantes para a qualidade de vida da pessoa.

2.3- O Papel dos Conhecimentos/Informação no Ajustamento à Doença

Perante uma doença, o indivíduo tem que aprender determinadas competências (como monitorizar parâmetros fisiológicos, entre outros) que lhe permitam lidar no dia a dia com os sintomas e limitações que esta possa causar. Apesar deste esforço, muitas pessoas reagem à doença conseguindo integrá-la na sua vida de forma razoável, ajustando-se aos seus novos

hábitos de saúde. Para que tal aconteça, é necessário que possuam um conhecimento correcto acerca da sua saúde e doença, assim como a possibilidade de resolver os problemas quando estão a tentar implementar um comportamento saudável (OMS, 2002; Sarafino, 2002).

Na prevenção e educação para a saúde, a Organização Mundial de Saúde contempla o aumento dos conhecimentos e informação sobre a saúde, como uma das cinco áreas de intervenção. O fornecimento de informação é um aspecto considerado básico para que a pessoa tome decisões conscientes sobre a sua saúde, permitindo que esta enfrente as dificuldades e incertezas, e mantenha a sua máxima autonomia face aos técnicos de saúde (Paúl & Fonseca, 2001).

Na década de 70, os programas educacionais eram focalizados apenas na transmissão de informação, antevendo de uma forma simplista a relação entre informação e mudança de comportamento. Apesar desta assunção por vezes ainda estar implícita na educação para a saúde actual, sabemos que, para influenciar a tomada de decisão tendo em vista comportamentos saudáveis devemos, para além da transmissão de informação sobre determinado assunto, fornecer apoios que permitam essa mudança.

A informação é um factor chave para que os pacientes possam participar activamente nas decisões acerca da sua saúde (Golin, DiMatteo & Gelberg, 1996; OMS, 2002). Para tal, estes necessitam de trocar informações com o seu técnico de saúde, sobre as quais farão a respectiva integração, compreensão e avaliação. Isto porque muitas pessoas deixam os serviços de saúde sem saber como seguir o tratamento que lhe foi aconselhado (Sarafino, 2002).

De acordo com vários autores (Rothrock, 1989; Soares et al., 1997), a informação a ser transmitida às pessoas em contexto de saúde, pode dividir-se em três tipos:

- *informação sensorial*, que descreve as sensações que o doente poderá experienciar, permitindo que este contacte com a realidade e não se sinta tão ameaçada com o desconhecido;
- *informação processual*, que enfatiza a sequência dos procedimentos médicos, possibilitando uma maior confiança e sentido de controlo nos acontecimentos;
- *informação sobre aspectos psicológicos* ou *informação sobre estratégias de coping* que também ajuda o indivíduo na adaptação ao evento *stressante*, influenciando os seus sentimentos e atitudes de modo a reduzir os níveis de ansiedade, permitindo que a pessoa tenha um maior controlo sobre a situação.

Alguns estudos realizados com o objectivo de analisar se o fornecimento de informação aos pacientes candidatos a uma cirurgia tinha vantagens, demonstraram que a ansiedade no pós-operatório tinha diminuído, e que a combinação dos vários tipos de informação trouxe benefícios mais consistentes em termos de respostas emocionais e recuperação da cirurgia. (Rothrock, 1989; Soares et al., 1997; Suls & Wan, 1989).

Vários trabalhos (e.g. Gollin, DiMatteo & Gelberg, 1996), apontam para que uma grande parte dos pacientes gostaria de ter mais informação do que a transmitida pelos profissionais de saúde, não só em termos quantitativos como também qualitativos. Por outro lado, esta necessidade de mais ou menos informação pode também estar relacionada com o tipo de envolvimento que as pessoas querem ter nas decisões médicas.

Ribeiro (1998), refere que as necessidades de informação podem ser interpretadas de modos diferentes:

- as necessidades de informação *subjectiva*, que é expressa por uma pessoa que pede informação;
- as necessidades de informação *normativa*, que representam as necessidades que são preconizadas por um indivíduo, grupo ou sociedade.

As investigações efectuadas sobre a necessidade de informação demonstram grande variabilidade e as características dos pacientes parecem assumir alguma relevância. Alguns trabalhos parecem indicar que a idade está associada ao desejo de mais informação e participação nas decisões médicas: as pessoas jovens parecem preferir mais informação do que os mais velhos (Golin, DiMatteo & Gelberg, 1996).

Caress e colaboradores (2002), num estudo exploratório sobre a informação considerada prioritária em adultos com asma, evidenciou que a necessidade de informação depende da perspectiva de cada pessoa, isto é, enquanto para uns determinados conteúdos são importantes, para outros não. Um outro trabalho desenvolvido por Loehrer (1993) em doentes com cancro, avaliou o conhecimento e comportamento de procura de cuidados, num grupo de pacientes pertencentes a uma população social e economicamente desfavorecida. Os resultados demonstraram que, embora muitos doentes com cancro procurassem informação acerca da sua doença, alguns grupos de sujeitos, geralmente com baixos rendimentos, menor nível educacional e mais velhos, tinham mais dificuldade em obter informação. O estudo também sugeriu que, quando o conhecimento incorrecto e as crenças sobre o cancro e os seus tratamentos ocorrem, o comportamento de procura de cuidados inapropriado surge como uma consequência lógica.

Neste âmbito, Sarafino (2002) alerta para o perigo potencial das crenças erróneas e a sua influência no comportamento de saúde dando exemplos de alguns estudos desenvolvidos por Baumann e Leventhal, 1985; Brondolo, Rosen, Kostis e Schwartz, 1999; Pennebaker e Watson, 1988, com doentes hipertensos. Estes estudos demonstraram que alguns doentes sobrestimam a sua capacidade de saber intuitivamente quando a sua pressão sanguínea está elevada, relacionando-a com sintomas específicos (tais como dores de cabeça, tonturas, rubor, calor). Porém, vários investigadores mostraram que estes sintomas são fracos estimuladores da pressão arterial. Isto representa um risco para a saúde destas pessoas pois, muitas vezes, elas alteram a sua medicação ou deixam de fazer o tratamento baseadas nas suas ideias subjectivas do valor da pressão sanguínea. Importa que o profissional de saúde identifique essas crenças e, através de vários factores entre os quais a informação, possa contribuir para o aumento do conhecimento do doente, de modo a modificar determinadas crenças que podem ter implicações negativas na sua saúde. Um outro aspecto a ter em consideração são os estilos de *coping*. Aqueles indivíduos que adoptam o *coping* centrado na emoção ou no evitamento podem preferir pouca informação em comparação com os que adoptam um estilo de *coping* centrado no problema (Bennett, 2002).

Estas diferenças encontradas, alertam para a extrema importância de identificar as necessidades individuais de informação. Para tal, o profissional de saúde deve estabelecer uma comunicação efectiva e centrada nas preferências do utente.

2.3.1. O Papel da Informação na Diabetes

Hornberg (1995) e Benett (1993), referem que o tipo de informação que os diabéticos possam querer, depende do estágio em que a sua doença se encontra (Golin, DiMatteo & Gelberg, 1996).

Uma investigação conduzida por Wikblad (1991) em diabéticos tipo 1, alertou para que, segundo a perspectiva do doente, a educação na diabetes consiste numa enorme quantidade de nova informação, que geralmente é apresentada de uma única vez. Estes preferem que essa informação seja de um nível aceitável mas mínimo, que resulte dum processo contínuo e aplicável na prática. Os conhecimentos referenciados pelos diabéticos como necessários para a gestão da sua doença eram:

- como é que o corpo reage à insulina;
- como é que o conhecimento pode ser aplicável ao dia a dia;
- como é que se pode aumentar o conhecimento dos familiares sobre a diabetes;

- a necessidade de uma continuidade educacional para um conhecimento sustentado;
- o desenvolvimento de um suporte de base para o cuidado à diabetes.

É de consenso geral que a gestão desta patologia é considerada ideal quando, para além da satisfação e bem estar do diabético, o controlo de glicose no sangue apresenta níveis aceitáveis e não existem sinais de complicações. Se, pelo contrário, aparecem problemas em um ou mais destes aspectos, é necessário que o técnico de saúde tenha mais informação acerca dos processos psicológicos (níveis de conhecimentos e capacidades de autocuidado) de modo a decidir a acção que será apropriada para melhorar o resultado (Bradley, 1997). Isto porque, se os pacientes com um baixo nível de autocontrolo estão bem informados sobre a sua doença e a sua gestão, então o seu controlo não será provavelmente aumentado pelo facto de lhe ser fornecida mais informação. Aliás, alguns diabéticos bem informados apresentam baixos níveis de controlo sendo, neste caso, importante investigar as suas capacidades de autogestão, crenças e prioridades. Embora o conhecimento relacionado com a tríade terapêutica (dieta, medicação e exercício físico) e com a monitorização da glicose sejam importantes para a autogestão da diabetes, este, por si só, não garante mudanças nos comportamentos ou uma efectiva autogestão da doença (Began et al., 1982; Brown & Hedges, 1994; Coates & Boore, 1998).

Um estudo desenvolvido por Chan e Molassiotis (1999) onde analisaram a relação entre o conhecimento sobre a diabetes e a adesão, demonstrou a existência de uma grande distância entre aquilo que os pacientes são ensinados a fazer e aquilo que realmente fazem. A maior parte dos participantes apresentaram boas notas no conhecimento factual da doença, mas perderam pontos quando se trata de aplicar esse conhecimento nos seus hábitos diários. Estes resultados sugerem que o conhecimento não é garantia única para a mudança de comportamentos nos doentes diabéticos. Surwit, Scovern e Feinglos (1982) registaram descobertas preocupantes com um grupo de diabéticos, em que 80% dos sujeitos cometiam erros na administração de insulina, 75% não seguiam a sua dieta, 50% não tinham o cuidado adequado com os pés e 45% faziam testes de urina incorrectos. Pior ainda, é que alguns indivíduos cometiam estes erros depois de lhes ser dito ou demonstrado a técnica correcta (cit. por Brown, 1988).

Um estudo mais recente conduzido por Haugbolle e colaboradores (2002), investigou a influência do conhecimento factual sobre a medicação e doença, nas percepções e comportamento nos doentes com angina de peito. Os resultados revelaram que o conhecimento factual sobre doença, sua prevenção e função da medicação, era geralmente baixo. Similarmente, os dados não indicaram que uma percepção de doença negativa esteja

relacionada com um conhecimento limitado acerca da angina de peito, isto é, o aumento do conhecimento não resulta automaticamente numa percepção positiva da doença.

Pelos dados acima descritos, podemos concluir que embora a adesão da pessoa aos conselhos médicos dependa da informação que é veiculada por estes, o conhecimento sobre a doença, não funciona por si só, como um preditor da adesão (Bennett, 2002; Ogden, 1999; Sarafino, 2002). Fica assim a ideia de que, apesar da informação ser fulcral para que o indivíduo, através de melhores conhecimentos possa compreender, e mais facilmente adaptar-se e gerir o seu estado de saúde ou doença, esta por si só não se tem demonstrado suficiente. Outros factores como as representações de doença e as estratégias de *coping*, parecem influir na adaptação e adesão a determinada situação de doença.

Depois de nos determos sobre a importância dos comportamentos do indivíduo sobre a sua saúde, assim como os factores psicossociais que influenciam na adaptação à doença, passaremos a descrever aspectos relacionados com a problemática da adesão.

3. ADESÃO TERAPÊUTICA

3.1. Definição de Adesão

Pela sua importância na saúde do indivíduo, especialmente quando esta se encontra ameaçada, a adesão terapêutica tem merecido uma grande atenção por parte de toda a comunidade científica, nomeadamente daqueles que sentem mais de perto a problemática inerente à não adesão, como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, entre outros.

De acordo com Brannon e Feist (1997a), a adesão representa a extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde (p.208). Embora os termos *compliance* e adesão sejam vulgarmente associados, o termo *compliance* denota uma relação em que o médico tem o papel de decidir o que é ou não apropriado, dando instruções ao utente que apenas tem que seguir as ordens. Se este não as seguir pode ser interpretado como um comportamento desviante ou incompetência. A adesão surge como um termo alternativo, em que o indivíduo tem a liberdade de decidir se adere ou não e caso não o faça, não será necessariamente culpado (Horne; 2000; Turk & Meicheibaum, 1991).

Já anteriormente Kristteller e Rodin (1984) alertaram para a distinção destes dois termos relativamente ao papel do indivíduo no seu tratamento (cit. por Silva & Ribeiro, 2000). Neste contexto, Kristteller e Rodin sugeriram um *modelo desenvolvimental de adesão ao tratamento* que contempla três estádios no processo de participação dos indivíduos nos seus cuidados (cit. por Ribeiro, 1998, p.297):

I estágio- concordância (compliance). Grau em que o indivíduo inicialmente concorda com o tratamento, seguindo as recomendações médicas. A característica deste estágio assenta na confiança, por parte deste, relativamente ao diagnóstico e tratamento que o profissional de saúde fez e instituiu. É uma fase em que o indivíduo não tem uma participação passiva, pois toma as decisões em seguir os conselhos médicos. Existe frequentemente uma boa supervisão assim como uma elevada eficácia do tratamento;

II estágio- adesão (adherence). É uma fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, em que já com uma vigilância

limitada, o doente continua com o seu tratamento, mesmo quando confrontado com situações conflituosas, o que implica uma grande participação e controlo da sua parte. Apesar desta autonomia do utente, os profissionais têm um importante papel como orientadores, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida do sujeito e ajudando-o a antever alguns problemas que possam acontecer, de modo a traçar estratégias de *coping* alternativas;

III estágio- manutenção (maintenance). Quando já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida. É um estágio que se caracteriza por competências de auto-regulação, isto é, o indivíduo tem que possuir um determinado nível de autocontrolo sobre os novos comportamentos, tentando que estes se transformem em hábitos.

Ao longo destes estádios, o indivíduo vai desenvolvendo e adquirindo controlo, que lhe permitirá atingir a autonomia total do terceiro estágio. Apesar da vontade do sujeito ser importante para a evolução nestes três estádios, as características do tratamento também são determinantes. O tratamento da diabetes, requer que o indivíduo percorra este caminho e permaneça no *estádio de manutenção* (Silva & Ribeiro, 2000).

Nesta perspectiva, a adesão implica um papel activo e colaborativo do indivíduo no planeamento e implementação do seu regime de tratamento (Myers & Midence, 1998). Ainda segundo estes autores: “... *adherence seeks to empower patients by broadening the choices they can make about the way they react to and cope with illness, and helping them to obtain information which allows them to decide between the available choices in an informed way.*” (p. 3).

A adesão em saúde pode ser vista sobre duas perspectivas: a adesão comportamental, que reflecte os comportamentos relacionados com a saúde (ex. deixar de fumar, fazer exercício físico, etc.) e a adesão médica que se relaciona especificamente com a medicação. Os benefícios da adesão parecem ser vários, encontrando-se geralmente relacionados com a prevenção de recaídas, com o alívio dos sintomas, melhoria da percepção da condição de saúde, diminuição da morbilidade e mortalidade e redução das hospitalizações (Dunbar-Jacob & Schlenk, 1996).

Embora actualmente sejam vários os estudos que se debruçam sobre a adesão, esta continua a ser um problema, estimando-se um nível aproximado de 50% de não adesão às recomendações dos profissionais de saúde (Brannon & Feist, 1997a; WHO, 2001). A duração do tratamento também influencia a adesão, verificando-se pelo menos 38% de pessoas não

aderentes, em regimes de tratamento de curto prazo e mais de 45% nos de longa duração (DiMatteo, 1994, cit. por Brannon & Feist, 1997a).

Partindo do pressuposto que cada prescrição representa a melhor intervenção para o problema do indivíduo, então a não adesão reflecte-se numa perda de oportunidade de saúde assim como um desperdício potencial de recursos para o sistema de saúde (Horne, 2000; WHO, 2001). Os custos da não adesão, para além dos problemas relacionados com o prolongamento do sofrimento inerente à doença, implica visitas mais frequentes aos serviços de saúde, tempo de recuperação mais prolongado, faltas ao trabalho e hospitalizações evitáveis (Ley, 1997).

A não adesão é definida como o não seguimento, por parte do paciente, aos conselhos dados pelos profissionais de saúde (Ley, 1997). Estes conselhos podem incidir sobre hábitos e estilos de vida (e.g. perder peso, deixar de fumar), sobre o regime medicamentoso ou até sobre medidas preventivas de saúde.

Sarafino (2002, p. 296), menciona estudos mais antigos de Cluss e Epstein (1985) e Sackett e Snow (1979), que já apontavam para as seguintes conclusões:

- 1- A taxa média de adesão aos medicamentos para tratamento de doenças agudas em regimes de curto prazo é de cerca de 78% e para doenças crónicas com regimes de longo prazo decresce para 54%.
- 2- A taxa média de adesão para tomar medicamentos para prevenir as doenças é cerca de 60%, para regimes de curto e longo prazo.
- 3- A adesão dos pacientes a entrevistas marcadas com o médico é muito maior se for o próprio doente a marcar a consulta em vez do médico.
- 4- A adesão a mudanças recomendadas no estilo de vida, tais como deixar de fumar ou alterar a dieta, é geralmente muito variável e habitualmente lenta.

Porém, para além destas taxas poderem estar sobrestimadas visto as amostras incluírem só pessoas que concordaram em participar, as taxas de adesão mencionadas não reflectem a extensão da não adesão, isto é, alguns pacientes aderem totalmente ao regime médico, outros não aderem de todo e a maioria provavelmente, só adere em algum grau. Este aspecto da extensão da adesão é importante pois, em geral, a maior parte das pessoas não adere plenamente às directivas médicas, isto é, o facto do indivíduo aderir a um tipo de regime não implica a adesão a outros (Marks et al., 2000).

A adesão ao regime de tratamento resulta então de uma interacção subtil entre o indivíduo e as características e exigências do comportamento desejado (Bennett, 2002). A complexidade do tratamento, as crenças do indivíduo, as estratégias de coping adoptadas, o afecto e apoio familiar, são entre outros, factores determinantes no empenhamento da pessoa.

3.2. Factores Psicossociais Associados à Adesão

Alguns factores preditores ou determinantes na adesão são os factores psicológicos e sociais nomeadamente: (1) *Características do indivíduo*; (2) *Características da doença e factores de tratamento*; (3) *Factores interpessoais* e (4) *Contexto social e organizacional*.

3.2.1 Características do Indivíduo

Meichenbaum e Turk (1987) destacam, para além das características pessoais e características sociais, o papel das crenças de saúde na adopção de comportamentos de adesão (Marks et al., 2000). As pessoas são mais propensas a aderir aos regimes de tratamento quando acreditam que têm responsabilidade na sua saúde e que os seus comportamentos lhe poderão trazer benefícios (Brannon & Feist, 1997a).

As crenças ou cognições têm sido bastante estudadas e parecem ser possíveis preditores na adesão ao tratamento. Elas espelham o conhecimento individual, pois podem ser entendidas como um “equipamento” que o indivíduo possui para lidar com a realidade (Ogden, 1999). Este equipamento representa a necessidade de equilíbrio entre o meio ambiente e as imposições do meio interno (Neto, 1998).

Tal como já analisado no capítulo anterior, as crenças de saúde sobre os sintomas, severidade, consequências, vulnerabilidade, benefício, custos e auto-eficácia percebida estão relacionados com a adesão e, especificamente, com o autocontrolo. Estudos sobre a hipertensão sugerem que as crenças sobre a duração da doença influenciam a adesão terapêutica, isto é, os doentes que percebem a doença como aguda (como a hipertensão) habitualmente abandonam o tratamento mais cedo do que aqueles que representam a doença como crónica ou cíclica (Figueiras, 1999).

O modelo de crenças de saúde de Becker e Mainman (1975), argumenta que o grau de adesão depende da gravidade percebida da doença, da susceptibilidade à doença, benefícios para o tratamento recomendado e as barreiras encontradas ao seguir o tratamento (cit.por Marks et al., 2000). No entanto Glasgow e colaboradores (1997), descobriram que a gravidade percebida da diabetes não era preditiva da adesão e que a efectividade percebida do tratamento era um melhor preditor da adesão à diabetes, do que as barreiras percebidas. A evidência sugere que quanto mais a medicação prescrita está de acordo com o sistema de crenças do doente maior é a propensão para aderir ao tratamento. Muitos dos doentes com cancro que não tomam os analgésicos, não o fazem por esquecimento, mas porque acreditam que para além de poderem ficar dependentes e recearem os seus efeitos secundários, deverão suportar a dor (Bennett, 2002).

Um outro aspecto importante é que o tratamento não é normalmente um evento único e estende-se por um período de tempo, e no caso das doenças crónicas pode ser durante toda a vida. Para compreender a adesão é também necessário compreender o contexto social e como os indivíduos integram o tratamento no seu dia a dia.

A adesão ao aconselhamento médico pode também ser influenciada por factores cognitivos e emocionais. De facto, para que uma pessoa adira ao tratamento tem que o compreender, recordar e ter condições para o efectuar. Llor e colaboradores (1995) alertam para a importância que a convicção no controlo pessoal da situação (locus de controlo interno) tem na adesão, concretamente através da melhoria da informação. Trabalhos nesta área apontam para um número considerável de pessoas que se esquecem das recomendações sugeridas pelos profissionais de saúde. Mais à frente abordaremos a importância da comunicação técnico/utente.

Outros factores mencionados são os sócio-demográficos. A literatura corrente não tem encontrado resultados consistentes na associação entre a adesão e os factores sócio-demográficos como a idade, sexo, estado civil e classe social (Dunbar-Jacob, Burke & Puczynsky, 1995; Horne, 2000). É um facto que, para além das taxas de adesão variarem de indivíduo para indivíduo, variam na mesma pessoa ao longo do tempo, e de acordo com os diferentes tipos de tratamento (Horne, 2000).

No que se refere à idade, esta parece afectar a adesão de várias maneiras dependendo ainda do tipo de doença (Brannon & Feist, 1997a; Sarafino, 2002). No que concerne à diabetes, doenças cardíacas e hipertensão, a adesão aos regimes de tratamento parece aumentar nas pessoas mais velhas. No entanto, em diabéticos jovens a idade parece estar relacionada inversamente com a adesão, o que significa que na evolução de criança a adolescente se verifica um decréscimo na adesão (Brannon & Feist, 1997a). Quanto ao sexo,

não têm sido encontradas grandes diferenças, embora em alguns aspectos mais específicos, como práticas alimentares e certos tipos de fármacos, as mulheres tenham uma maior tendência para aderir (Brannon & Feist, 1997a). Sarafino (2002) alerta ainda para o facto de que, isoladamente, os factores acima descritos possam não estar fortemente relacionados com a adesão, mas quando associados podem contribuir fortemente.

Outro aspecto a ter em consideração é o conhecimento que a pessoa tem acerca da sua doença e do seu regime de tratamento. Pesquisas efectuadas na última década apontam para que as pessoas estejam insatisfeitas com a quantidade da informação fornecida acerca da doença e do tratamento. Gibbs (1990), citado por Horne (2000), constatou que mais de 70% dos sujeitos queriam mais informação do que a que lhes foi fornecida. No entanto, como já referido, estudos sugerem que existe uma associação pequena e inconsistente entre esta e a adesão, e o facto de aumentar o conhecimento não leva necessariamente ao aumento da adesão (Bennett, 2002; Horne, 2000).

De um modo geral, conclui-se que as crenças individuais no tratamento aconselhado assim como as representações de doença, parecem ser mais relevantes na adesão do que as variáveis clínicas ou factores sócio-demográficos tais como o sexo, a idade ou a experiência educacional (Horne & Weinman, 1999; Park & Jones, 1997).

O afecto ou estado emocional também podem influenciar significativamente a adesão (Bennett, 2002). Aproximadamente 50% dos doentes cardíacos que desistiram de programas de exercício físico tiveram como preditor perturbações de ordem emocional. Como já descrito, estados depressivos encontram-se associados a baixos níveis de adesão.

Um outro aspecto vulgarmente mencionado é a personalidade da pessoa, embora se mostrem inconsistentes os trabalhos que apontam nesse sentido (Brannon & Feist, 1997a).

As estratégias de *coping* também podem influenciar a adesão. Sherbourne e colegas (1992) concluíram, num estudo realizado com diabéticos, hipertensos e doentes cardíacos, que o estilo de *coping* de evitamento foi o segundo preditor da não adesão, pois os doentes que utilizavam este estilo de *coping* demonstravam menos comportamentos de adesão aos regimes médicos, talvez por não acreditarem na eficácia destas recomendações, ou por rejeitarem a responsabilidade no seu próprio tratamento (cit. por Brannon & Feist, 1997a).

3.2.2. Características da Doença e Factores de Tratamento

Algumas características da doença estão associadas à adesão, sendo as mais mencionadas a gravidade da doença e a visibilidade dos sintomas. Uma série de estudos

descobriu que os pacientes com doenças crónicas assintomáticas, frequentemente não aderem ao tratamento (Miller, 1997, cit. por Marks et al., 2000), justificando-se assim as maiores taxas de adesão em doenças agudas do que nas doenças crónicas (Horne, 2000). Quando os sintomas são óbvios e indesejados, as pessoas têm mais tendência a aderir a tratamentos que pareçam eliminá-los. Pelo contrário, quando o prognóstico é pobre, a evidência sugere que a taxa de adesão é reduzida.

A gravidade e os custos/benefícios percebidos, são dois factores psicossociais importantes. Doentes que se sintam ameaçados pela sua doença e que acreditem nos benefícios do tratamento recomendado, mais facilmente ultrapassarão as barreiras e aderirão aos conselhos médicos. Porém, se as pessoas não se sentem ameaçadas pela sua doença e percebem barreiras ao tratamento, as suas hipóteses de adesão serão consideravelmente mais baixas (Sarafino, 2002).

Alguns aspectos de tratamento, nomeadamente a sua duração e complexidade, também devem ser considerados. Quanto mais complicado é o tratamento prescrito, menor é a probabilidade do paciente aderir completamente. De facto, estes parecem aderir mais facilmente a tratamentos curtos e simples, que impliquem poucas mudanças nos seus hábitos diários (Bennett, 2002; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997a; Ley, 1997). Sarafino (2002) refere que a adesão parece variar consideravelmente com o tipo de conselho médico, a duração do regime recomendado e o seu objectivo (prevenir uma doença, tratá-la ou curá-la). Apesar de existirem tentativas para simplificar o regime de tratamento através de uma informação detalhada, a literatura parece mostrar que a adesão se mantém igualmente fraca.

Para além da complexidade, outra característica importante do tratamento é a duração do regime. As terapias de longo prazo são habitualmente recomendadas em doenças crónicas que têm poucos sintomas ou em que não existe uma melhoria definitiva como resultado da medicação. Como nestes casos os pacientes podem não ter feed-back positivo dos benefícios do tratamento, a sua motivação para aderir ao tratamento pode estar comprometida.

Outro aspecto importante na adesão está relacionado com o que a pessoa sente acerca de um determinado tratamento ou procedimento em particular, como o já exemplificado em doentes com cancro. A presença de efeitos secundários desagradáveis pode condicionar a adesão ao tratamento. Estudos vários demonstraram que o paciente tende a aderir ao tratamento quando este se demonstra eficaz no controlo dos sintomas, tem um custo relativamente baixo e os seus efeitos colaterais são reduzidos (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997a; Sarafino, 2002).

Por fim, é também importante ver até que ponto o tratamento interfere com o quotidiano da pessoa. Se essa intrusão é significativa, o indivíduo tem tendência a controlar essa intromissão, reduzindo a adesão ao tratamento.

3.2.3. Factores Interpessoais

Muita da pesquisa em adesão médica está focada nas características da comunicação profissional de saúde/utente, pois a evidência aponta para que os vários estilos de interacção médica estejam relacionados com a adesão. Não raramente, os profissionais de saúde tendem a culpabilizar os seus doentes pela não adesão justificando este comportamento com a personalidade não cooperativa que alguns possuem bem como com a incapacidade de perceber os conselhos. Porém, o tipo de comportamentos que os profissionais têm, poderão influenciar nos comportamentos de autocontrolo do doente, isto porque se o indivíduo não recebe instruções específicas, terá menos probabilidade de aderir (Amaral, 1997). Curiosamente, cerca de 50 a 75% dos indivíduos que desejavam obter informação na consulta médica, não a solicitam (Bennett, 2002). Isto porque se, por um lado, os utentes podem não conseguir expor claramente as suas dúvidas ou até não atribuir importância a um determinado tipo de informação considerando-a dispensável para aquele momento, por outro lado, a própria azafama tão característica das consultas pode inibir a pessoa de questionar o que quer que seja. Incentivar o utente a fazer perguntas, explicar correctamente o regime e verificar se este o compreendeu, pode desde o início, prevenir a não adesão.

Na comunicação em saúde, a qualidade da informação, bem como a sua adequação em relação ao estilo cognitivo, crenças de saúde e nível cultural são de extrema importância (Trindade & Teixeira, 2000). É um facto que muitos doentes deixam os serviços de saúde sem compreenderem o tratamento que lhes foi aconselhado ou esquecem as instruções fornecidas (Bennett, 2002). Para que as pessoas possam aderir a um regime de tratamento, têm que ser capazes de cognitivamente e emocionalmente, compreenderem e lembrarem o que têm que fazer. Frequentemente, as directrizes são demasiado complexas e dadas numa altura em que, por razões várias, os doentes não estão tão atentos quanto deveriam (Sarafino, 2002). Este autor, citando trabalhos de DiMatteo e DiNicola (1982) sumaria alguns factores cognitivos e emocionais que interferem na informação dada pelos profissionais:

- 1- Os pacientes esquecem muitas das coisas que os médicos lhes dizem;
- 2- Conselhos e instruções são muito mais prováveis de cair no esquecimento do que outras informações;

- 3- Quanto mais informação é dita ao paciente, maior é a proporção ele irá esquecer;
- 4- Os pacientes irão recordar essencialmente:
 - a) o que lhes disseram no início da consulta;
 - b) o que consideraram mais importante;
- 5- Os pacientes mais inteligentes não se lembram mais do que os menos inteligentes;
- 6- Os pacientes mais velhos lembram-se tanto como os mais novos;
- 7- Os pacientes moderadamente ansiosos lembram-se mais do que lhe disseram do que os pacientes muito ansiosos ou sem ansiedade;
- 8- Quanto maiores conhecimentos dos aspectos médicos o paciente tiver, mais ele se lembrará (p.299).

Assim a informação não deve ser excessiva, pois aumenta a probabilidade do esquecimento e deve ser personalizada.

De um modo geral, tem-se verificado que os utentes mais satisfeitos com os cuidados, são mais passíveis de seguir as prescrições médicas, continuar profissionalmente activos e ter um melhor estado de saúde (Fitzpatrick, 1997). A satisfação do paciente é um construto multidimensional e resulta da avaliação (que inclui os aspectos cognitivos e emocionais) que este faz dos cuidados recebidos. Investigações realizadas em Portugal confirmam que embora esta satisfação possa incluir várias componentes dos cuidados, estas sugerem que os pacientes privilegiam a empatia e a comunicação na relação interpessoal, valorizando-as mais do que as perícias técnicas (McIntyre & Silva, 1999).

A adesão também pode ser influenciada pela visão que o profissional de saúde tem do paciente, assim como as suas próprias crenças e atitudes perante o tratamento a instituir. Podendo ser mais ou menos explícitas, estas crenças podem interferir na decisão do tratamento e na relação estabelecida com o utente. O profissional pode, por exemplo, deixar de investir numa determinada educação para a saúde ou mesmo tratamento se vê que o utente mantém sempre o mesmo comportamento indesejável.

Por outro lado, a interacção que se estabelece entre ambos pode afectar significativamente os comportamentos de adesão. A interacção pode ser centrada no indivíduo ou autoritária. A autoritária destina-se a manter o controlo do profissional de saúde na interacção. A centrada no indivíduo, tenta promover uma relação positiva, incluindo comportamentos como o interesse, a amizade e a empatia. Aliás, em termos de comportamento, o profissional que mantém um contacto visual, sorri, e se inclina para o utente, é interpretado como demonstrando interesse e consideração. Os pacientes parecem preferir esta última. De facto, quando os técnicos de saúde têm uma visão positiva sobre o

utente, tendem a adoptar um estilo de comunicação mais centrada no indivíduo. Isto justifica o efeito da classe social, em que as pessoas da classe média/alta recebem mais informação e atenção dos profissionais de saúde (Marks et al., 2000).

Simultaneamente, quanto mais compreensivo for o técnico de saúde sobre o sistema de crenças do indivíduo, mais aderente este será. Aliás, o terapeuta pode desempenhar um papel moderador e/ou mediador na modelação das crenças e comportamentos dos pacientes (Yarldley, Sharples, Beech & Lewith, 2001). Este é um de alguns passos que os profissionais devem seguir para aumentar a adesão dos seus utentes aos regimes propostos.

Para além deste, Ley (1997) sugere, entre outros, que os técnicos procurem, dentro dos possíveis, tratamentos simples e curtos, se certifiquem da satisfação do indivíduo com a informação fornecida, se assegurem da correcta compreensão por parte do utente sobre o seu regime terapêutico fornecendo preferencialmente informação escrita, questionem o paciente sobre os problemas e dificuldades sentidas, procurando encontrar soluções, providenciem feed-back sobre os progressos realizados e envolvam pessoas significativas no tratamento.

Um trabalho desenvolvido por Beeney e colaboradores (1996, cit. por Bennett, 2002), procurou indagar, em sujeitos diabéticos, quais as suas principais preocupações e informação que gostariam de receber na altura do seu diagnóstico. Mais de metade referiram ter sido angustiante o contacto com o diagnóstico e um quarto expressaram a necessidade de apoio emocional. Na perspectiva deste grupo, os profissionais de saúde deviam estar atentos às diferentes necessidades e preferencias dos utentes diabéticos relativamente ao apoio emocional e à informação, bem como à própria participação nas escolhas do seu tratamento.

3.2.4. Contexto Social e Organizacional

O apoio social parece ser um dos factores psicossociais que mais influencia na adesão (Bennett, 2002; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997a; Hauser et al., 1990; Sarafino, 2002). Ele poderá ajudar a pessoa a gerir o seu equilíbrio emocional de modo a manter o seu funcionamento face a uma situação de crise (Navalhas, 1998).

De um modo geral, um menor apoio social e um maior isolamento social associa-se a uma menor adesão. O contacto profissional de saúde/utente tem lugar num contexto social, não só confinado ao espaço de consulta mas também a um contexto social local, em termos de família e amigos.

A importância da família nos comportamentos de adesão não se limita unicamente às crianças, mas reflecte-se nas várias etapas do ciclo de vida. Se os membros da família assistem e lembram o utente em relação à sua medicação, espera-se que este seja mais aderente (Bennett, 2002). Tem sido sugerido que o ponto de vista do companheiro do doente acerca da medicação prescrita é o mais importante factor explicativo da adesão. Doherty e colaboradores (1983, cit. por Marks et al., 2000), descobriram que os homens cujas mulheres apoiam fortemente o tratamento são mais aderentes. A literatura sugere que as pessoas que possuem uma vasta rede de relações interpessoais demonstram maiores níveis de envolvimento nos seus regimes terapêuticos

3.3. A Adesão na Diabetes

O tratamento da diabetes geralmente exige mudanças complexas nos comportamentos diários do paciente e a adesão a regimes complexos (Polonsky, 1993). Esses regimes são multifacetados, constituídos por vários componentes os quais por si só podem contribuir para inúmeras barreiras (Bradley, 1997). Pelo facto de exigir uma participação activa e até fora do habitual por parte do diabético, é de esperar uma fraca adesão. Estudos recentes referem níveis elevados de não adesão: 80% dos diabéticos não administram regularmente a sua insulina, 35 a 75% não seguem correctamente a dieta aconselhada e 43% não monitorizam regularmente a glicose na urina (Kurtz, 1990, cit. por Polonsky, 1993). Na globalidade, as conclusões dos trabalhos realizados neste âmbito, revelam que existe uma grande taxa de não adesão e que esta varia no caso de diabéticos mellitus tipo 1 (DMID) e diabéticos tipo 2 (DMNID). Os diabéticos tipo 1 não monitorizam a glicose no sangue com a frequência adequada para além de a efectuarem com erros. A cooperação na dieta também é um problema frequentemente encontrado. Aliás, alguns aspectos do tratamento da diabetes, como a mudança de hábitos alimentares e de actividade física, são mais difíceis de mudar do que outros, como tomar a medicação ou insulina (Bishop, 1994; Cameron, 1996; Chan & Molassiotis, 1999; Glasgow et al., 1997; Golin, DiMatteo & Gelberg, 1996; Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002). Devido a esta complexidade, a adesão do diabético deverá ser perspectivada como um continuum e não em termos de sucesso ou insucesso (Glasgow & Anderson, 1999; Warren & Hixenbaugh, 1998).

Muitos são os estudos nesta área que se têm debruçado sobre a adesão dos diabéticos ao regime terapêutico. No entanto, várias dificuldades metodológicas têm sido apontadas pela literatura em geral:

- a ausência de índices fidedignos e válidos na avaliação do autocuidado, em que muitas pessoas falsificam os seus relatos para evitarem críticas por parte dos técnicos de saúde;
- a inexistência de instrumentos adequados, a dificuldade em avaliar o grau de extensão da adesão e precisar se o doente erra devido a falta de competências da sua parte ou devido a instruções imprecisas fornecidas pelo profissional de saúde;
- a variabilidade que os regimes podem assumir, quer ao longo da vida de cada pessoa, quer em diferentes indivíduos;
- a não unidimensionalidade dos regimes, em que o facto do indivíduo não aderir a um componente do tratamento não implica que tenha igual comportamento nos outros componentes.
- a utilização da hemoglobina glicosilada como a medida de resultado mais apropriada para colmatar os problemas inerentes ao auto-relato. Porém, factores como sensibilidade à insulina, gravidade da doença e eficácia do regime recomendado pode interferir com os valores de glicemia (Polonsky, 1993, p. 362).

Apesar das dificuldades permanentemente encontradas, é um facto que só através da compreensão dos factores que capacitam o diabético a aderir ao seu regime de tratamento será possível delinear intervenções bem sucedidas. Deste modo, têm surgido inúmeros estudos que exploram a importância dos factores psicossociais relacionados com a autogestão. Estes factores estão frequentemente relacionados com as características dos indivíduos (aspectos intrapessoais), com aspectos interpessoais (nomeadamente familiares e sociais) e com factores ambientais.

3.4. Preditores da Adesão na Diabetes

Alguns tipos de barreiras são referenciadas em investigações realizadas por Warren e Hixenbaugh (1998). De acordo com estes estudos, uma das causas que levavam os diabéticos a não aderirem ao regime terapêutico prescrito, era o facto de não o considerarem apropriado

aos seus contextos de vida e daí o próprio doente o rejeitar, adoptando um outro auto prescrito. Estes investigadores alertam que são as *crenças de saúde* relacionadas com a diabetes, os maiores preditores de adesão nos DMNID (tipo 2), enquanto que nos DMID (tipo 1), o *apoio inapropriado* por parte dos profissionais de saúde e significantes, foi tido como o maior preditor da não adesão. No mesmo sentido, Cox, e Gonder- Frederick (1992) enfatizam o papel das características da personalidade na autogestão da diabetes, como as crenças e as estratégias de *coping*.

Outros autores como Orme e Binik (1989), citados por Warren e Hixenbaugh (1998), também dão ênfase à importância das *crenças de saúde* do diabético pois, invariavelmente, influenciam a adesão ao tratamento. Isto sugere que diferentes variáveis psicossociais podem prever a adesão, de acordo com o tipo de diabetes, tipo de tratamento e o “estado” de esperança de vida.

Glasgow e colaboradores (1997), desenvolveram um trabalho com uma amostra heterogénea de 2056 adultos diabéticos residentes nos EUA, onde exploraram dois factores por eles considerados como estando entre os mais importantes que influenciam no cuidado da diabetes. Os primeiros são os *factores pessoais*, especificamente as crenças acerca do modelo pessoal (representações que os pacientes têm acerca da sua doença e que incluem as crenças, as emoções, o conhecimento e a experiência) da diabetes e seu tratamento. Os segundos factores, os *interpessoais*, estão relacionados com as barreiras sócio-ambientais à autogestão. Os modelos pessoais, particularmente as crenças acerca da eficiência do tratamento, parecem actuar como barreiras ou como facilitadores pessoais importantes na autogestão da diabetes. As conclusões do estudo apontam para a importância dos factores psicossociais ou comportamentais como preditores mais fortes do que a combinação das características sócio-demográficas. Das três construções psicossociais - barreiras, eficiência do tratamento e gravidade - a eficiência do tratamento foi frequentemente o preditor mais forte da autogestão nas três diferentes áreas do regime. Em oposição, apesar dos participantes percepcionarem a sua diabetes como suficientemente séria, as crenças na sua gravidade, tal como as barreiras percebidas, não foram preditivas de nenhum aspecto de autogestão. Em termos de barreiras percebidas os resultados remetem para uma maior dificuldade na área da alimentação, seguidas pelo exercício físico e menos frequentemente pelo teste à glicose. Curiosamente, os dados encontrados também indicaram que os pacientes com possibilidade de terem mais barreiras ao autocuidado e menos crenças fortes na eficiência do tratamento, foram os indivíduos mais novos, mais educados e com diabetes tipo 1. Nestas pessoas poderia ser proveitoso tentar aumentar as crenças na eficiência do tratamento, fornecendo-lhes

igualmente capacidades de resolução dos problemas. De acordo com Gonder-Frederick, Cox e Ritterband (2002), as crenças de saúde podem variar consoante o estágio de desenvolvimento da pessoa. A este propósito, Wolpert e Anderson (2001) alertam os profissionais para a importância de trabalhar com os jovens adultos diabéticos, no sentido de fomentar comportamentos saudáveis, visto esta ser uma etapa de grande maturação.

O *locus de controlo* também é uma crença que medeia o autocontrolo. Na diabetes tipo 1 e 2, este está relacionado com várias variáveis de resultado, incluindo o estado metabólico, peso, bem estar emocional e satisfação de tratamento (Bradley, 1994). Outras características individuais como as disfunções psicológicas, nomeadamente a depressão e ansiedade, têm também um papel crítico na gestão da diabetes encontrando-se geralmente associadas a uma fraca gestão da patologia (Cox & Gonder- Frederick, 1992).

Os *factores interpessoais* foram considerados preponderantes na adesão. Pesquisas várias têm postulado que, incentivando a participação dos diabéticos nas decisões médicas durante a consulta, aumentaria a sua satisfação e, conseqüentemente, a adesão ao autocuidado (Golin, DiMatteo & Gelberg, 1996). Estes autores, definiram a participação do doente nas decisões médicas como qualquer comportamento iniciado, ou pelo profissional de saúde ou pelo doente, durante a consulta médica, que facilite a inclusão da perspectiva ou preferência do doente no plano de tratamento. Esta participação é um constructo complexo que envolve múltiplas componentes como: o desenvolvimento de uma atmosfera favorável, troca e integração da informação, comunicação das preferências e recomendações, aferimento da compreensão da informação, negociação, tomada da decisão final e sua execução.

Golin e colaboradores (1996), fizeram uma revisão sobre esta temática e introduziram *um modelo de determinantes da adesão* no autocuidado da diabetes. Neste modelo, a participação do diabético pode afectar a adesão de três modos: (1) pode ter um efeito directo; (2) pode afectar a adesão ao autocuidado indirectamente, através da compreensão que o paciente tem do seu tratamento ou do ajustamento que tem que fazer entre o seu regime e o seu estilo de vida; (3) a “omissão percebida” da participação, pode afectar a adesão indirectamente através da satisfação do paciente. Outros factores como a adesão passada, o suporte social, a auto-eficácia, adaptação do regime de tratamento com os estilos de vida, compreensão do regime, satisfação e intenções de aderir, podem afectar directamente a adesão ao autocuidado. Indirectamente, as crenças de saúde podem influir nas intenções de adesão, funcionando a satisfação do paciente como uma variável intermédia. Por outro lado, as características quer do paciente quer do médico, afectam, em cada um deles, os seus desejos e

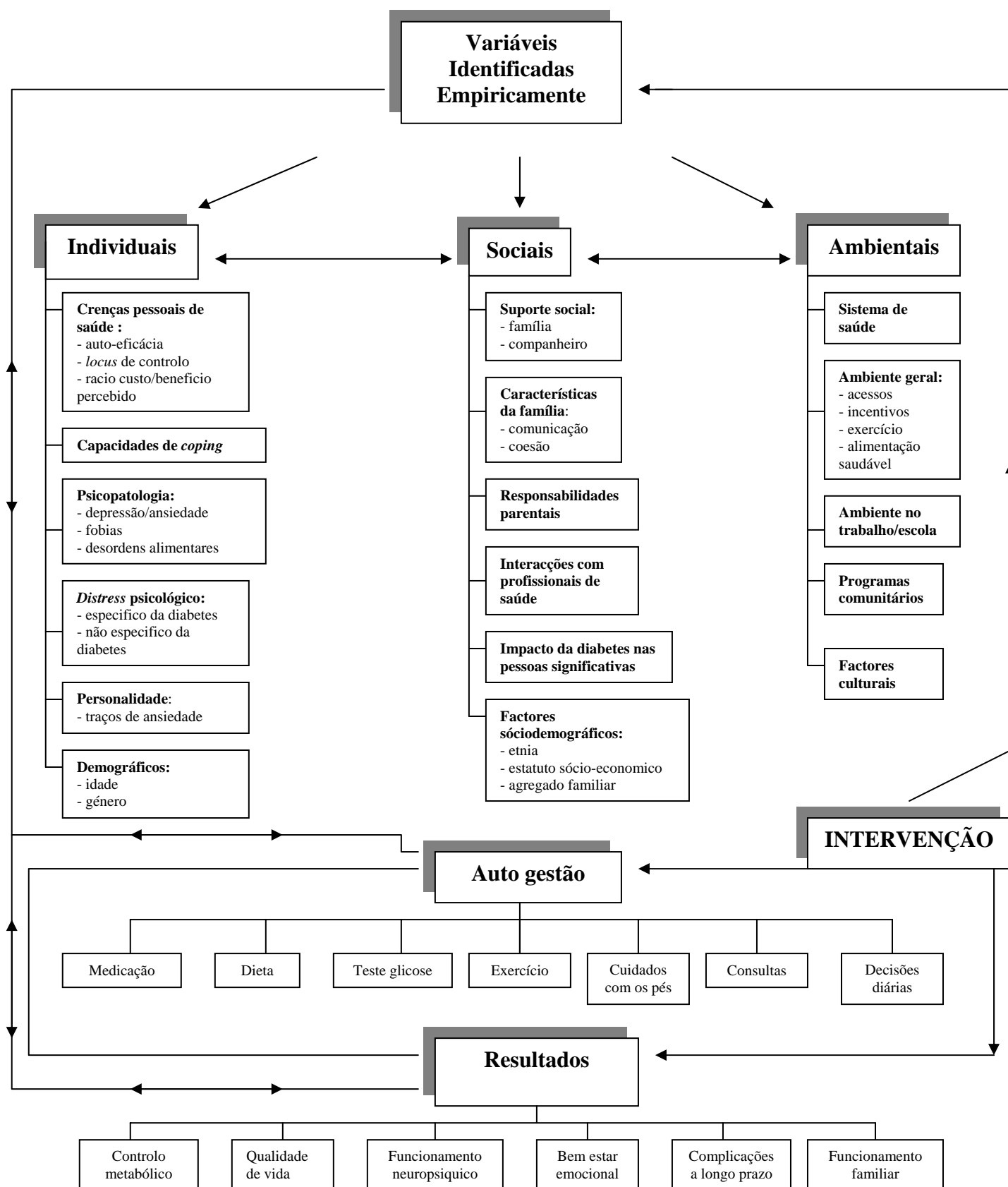
crenças. Isto significa que nem sempre os interesses do utente e dos profissionais de saúde são comuns e partilhados.

Também o *aspecto social* parece contribuir fortemente para a adesão ao regime terapêutico. A vertente familiar reflecte-se na gestão da doença. As crianças diabéticas com famílias disfuncionais e conflituosas, experienciam mais dificuldades na adesão. Aquelas que têm um bom suporte familiar geralmente evidenciam melhores níveis de adesão e melhor controlo metabólico (Anderson, 1990; Hanson, Henggeler & Burghen, 1987; Hauser et al., 1990, cit. por Cox & Gonder-Frederick, 1992). Um estudo realizado por Fukunishi e colaboradores (1998) examinou o apoio social (percepção e utilização) no controlo da diabetes. A amostra consistia em 178 diabéticos (26 tipo 1 e 152 tipo 2), de nacionalidade japonesa, com uma média de idades de 58 anos e uma média de escolaridade de 12,8 anos. O apoio social avaliava a existência da relação da rede social do indivíduo, a utilização dessa rede e a percepção que o indivíduo tem sobre a prontidão que essa rede teria em ajudá-lo. Os resultados apontaram para uma relação significativa entre os valores de hemoglobina glicosilada com o nível de percepção e utilização de apoio social. Outro achado curioso é que o nível de percepção e utilização do apoio social interagiam consideravelmente um com o outro, o que sugere que os diabéticos utilizariam o seu apoio social adequadamente. Este trabalho demonstrou que uma combinação da percepção e utilização do apoio social é eficiente no controlo da diabetes (mais fortemente nos diabéticos tipo1). Já em trabalhos anteriores, Wilson e colaboradores (1986), estudando o apoio social e as crenças de saúde, descobriram que estes eram os preditores mais fortes e consistentes dos comportamentos de autocuidado nos diferentes tipos de regimes da diabetes.

Factores ambientais também podem influenciar negativamente a adesão, nomeadamente através de algumas contingências inerentes ao tratamento da diabetes. A adesão a tratamentos intensivos de insulina, embora apresentem bons resultados no controlo glicémico, podem levar a estados de hipoglicemia ou até ganho de peso (Cox & Gonder-Frederick, 1992). Por outro lado, nem sempre uma boa adesão está associada a um bom controlo glicémico. Estes resultados podem levar a uma desmotivação por parte do diabético em seguir o regime aconselhado.

De um modo geral, estes trabalhos alertam para inúmeros factores psicossociais e ambientais que podem interferir no comportamento de autogestão do diabético. A Figura 3 sumaria o processo complexo e multifactorial da autogestão da diabetes, no qual as variáveis individuais, sociais e ambientais são interactivas.

Figura 3- Modelo Psicocomportamental e sua influência na autogestão e resultados na diabetes
(Adaptado de Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002)



Deste modo, compreende-se que a gestão da diabetes resulta de processos comportamentais complexos que interagem entre si, influenciados pela doença e por variáveis individuais, sociais e situacionais. Este processo é bidireccional, significando que os comportamentos têm influência na diabetes e a diabetes influencia os comportamentos (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002; Cox, Gonder-Frederick, & Saunders, 1991).

Embora muitos estudos sobre a adesão tenham sido realizados nos últimos anos, tal não contribui para a alteração do cenário da não adesão. Parece existir uma incapacidade em traduzir o conhecimento actual em intervenções práticas, benéficas, eficientes em termos de custo, que melhorem a capacidade do paciente em cooperar emocionalmente e com comportamentos, às exigências da diabetes (Gonder-Frederick, Cox & Ritterband, 2002). Outra das principais razões apontadas é que a maioria da pesquisa na área da adesão não tem em conta o contexto social alargado dos cuidados de saúde e da natureza dinâmica da saúde e do comportamento da doença. Uma abordagem alternativa mais social e psicológica requer uma compreensão do papel da medicina na nossa sociedade e na experiência vivida da doença e sua gestão.

Na sociedade ocidental, até meados do século XX, a medicina tem sido baseada em poder e autoridade. Actualmente, a procura por parte dos indivíduos por um maior controlo da sua própria vida, com o seu próprio sistema de valores e capacidade autónoma de decisão, entra em conflito com o até então papel passivo tradicional, levando a uma maior resistência ao conselho médico, principalmente se este não coincidir com as crenças ou pontos de vista do utente. Nesta perspectiva, a herança cultural da pessoa pode levar a uma incompatibilidade e até dificuldade em integrar algumas mensagens recebidas dos profissionais de saúde, podendo originar a recusa a essas mesmas indicações (Duarte, 2002b). No entanto, nem todos os utentes são críticos da posição tradicional autoritária do médico ou sentem necessidade de resistir, reagir ou não aderir. Nomeadamente, as pessoas mais velhas podem adoptar um papel passivo face aos conselhos médicos (Lupton, 1997, cit. por Marks et al., 2000).

Um outro aspecto importante e muitas vezes negligenciado é o facto de no modelo médico ideal, este assumir que acerta sempre no diagnóstico e prescreve o tratamento adequado. Deste modo, se não há adesão, a culpa é exclusivamente do doente. Contudo, existem evidências que demonstram várias possíveis fontes de erro por parte dos profissionais de saúde como, por exemplo, o desconhecimento que este tem dos problemas psicossociais do doente, focando-se somente nos aspectos biomédicos, quando por vezes estes têm um interesse limitado para o doente.

Neste capítulo abordamos alguns aspectos relacionados com comportamentos de adesão, dando especial relevância à área da diabetes. Porém, é necessário compreender os aspectos cognitivos que influenciam as tomadas de decisão. As teorias ou modelos que passaremos a descrever, tentam explicar o processo de tomada de decisão em questões de saúde.

4. MODELOS E TEORIAS DA ADESÃO TERAPÊUTICA

Se considerarmos o problema da não adesão como um problema de mudança de comportamentos, as teorias da mudança de comportamentos podem também ser consideradas teorias da adesão. Entre estes modelos referimos os *modelos sociocognitivos*. (Modelo de crenças de saúde, Teoria da acção racional, Teoria do comportamento planeado, Locus de controlo da saúde, entre outros), o *modelo de auto-regulação de Leventhal* e *modelos de adesão terapêutica*.

4.1. Modelo de Crenças de Saúde. Este modelo foi desenvolvido por Rosenstock (1966) e posteriormente aferido, na década de 70/80, por Becker e colaboradores (cit. por Ogden, 1999). O primeiro autor propunha que a probabilidade de um pessoa ter um determinado comportamento saudável, estava relacionado com as suas crenças pessoais acerca da ameaça percebida da doença e da aferição do risco/benefício de praticar a acção recomendada. A ameaça deriva de crenças acerca da *gravidade* percebida dessa mesma ameaça e da *susceptibilidade* percebida do indivíduo. Este pondera os *benefícios* percebidos da acção, tendo em conta as *barreiras* percebidas (por exemplo, o facto de fazer um rastreio poderá levar à detecção de problemas numa fase inicial, sendo contudo difícil disponibilizar tempo para o fazer). Becker e Maiman (1975, cit. por Horne & Weinman, 1998), incluíram mais uma componente, em que uma *pista* ou *estímulo* deve ocorrer de modo a despoletar um determinado comportamento. Estas pistas podem ser internas, tais como sintomas, ou externas, tais como a informação. Estas variáveis, influenciadas por variáveis demográficas (género, idade, classe, etc.) e por características psicológicas (personalidade, companheiro, pressão do grupo, etc.) vão originar um determinado comportamento de adesão (Sheeran & Abraham, 1996, cit. por Horne & Weinman, 1998). Assim, o modelo prevê que a probabilidade de uma acção aumenta “...if the perceived threat of the disease is high, if the benefits of behaviour are thought to outweigh the barriers, and if certain cues are in place.” (Horne & Weinman, 1998, p. 26). Mais tarde, o conceito de *auto-eficácia* também foi incluído nas variáveis chave deste modelo. De acordo com Rosenstock (1990, cit. por Ribeiro, 1998, p.147), as principais variáveis que compõem este modelo estão agrupadas em três categorias:

- 1- Ameaça (percepção de susceptibilidade e da gravidade da condição);

- 2- Expectativa de resultado (percepção dos benefícios de uma determinada acção e das barreiras a essa acção);
- 3- Expectativa de eficácia (convicção sobre a capacidade pessoal para realizar essa acção recomendada).

Na sua essência, este modelo parece funcionar melhor quando é utilizado como modelo para comportamentos preventivos (Janz & Becker, 1984, cit. por Horne & Weinman, 1998). Especificamente, em rastreios do cancro do colo do útero, o modelo de crenças de saúde prediz rastreios regulares se a mulher perceber a sua susceptibilidade a este tipo de cancro encarando-o como grave, para além de percepcionar bons benefícios num rastreio regular e baixos custos. De igual modo, qualquer pista, como um folheto informativo ou sintoma que ela associe ao cancro do colo do útero, poderá levá-la a aderir ao rastreio (Ogden, 1999). São também exemplos os programas de promoção de saúde que usam indícios externos como a informação, para mudar as crenças das pessoas, levando-as a praticar comportamentos saudáveis. Isto porque parece existir uma relação significativa entre os conhecimentos sobre a doença e a prática de comportamentos preventivos, embora alguns estudos apontem para outros factores considerados mais importantes na previsão de comportamentos de saúde (ibidem).

De acordo com o modelo de crenças de saúde, a compreensão da adesão passa por observar as ideias que os pacientes têm acerca da sua doença e tratamento, e sugere que as variáveis cognitivas expressas no modelo, podem ser em alguns casos, pré-requisitos da adesão.

Horne e Weinman (1998), mencionam algumas críticas e limitações apontadas por vários investigadores. Algumas delas estão relacionadas com a simplificação dos conhecimentos relacionados com a saúde em construções alargadas como barreiras e benefícios, sem especificar as crenças que estão subjacentes a esses construtos. Outras referem a não inclusão de uma fase de intenção, entre as crenças e o comportamento e a não especificação da relação entre os factores sociais, como o desejo de ter a aprovação dos outros, e o comportamento de saúde. De igual modo, este modelo supõe que os comportamentos de saúde derivam de uma análise racional baseada nos custos /benefícios percebidos pela pessoa.

4.2. Teoria da Acção Racional- TAR (Ajzen & Fishbein, 1980, cit. por Brannon & Feist, 1997a). Ao contrário do modelo acima exposto, investiga as relações existentes entre as atitudes e o comportamento. Nesta teoria, a *intenção* de praticar um comportamento, é o factor mais determinante para que ele seja praticado. Essas intenções derivam das atitudes (crenças) da própria pessoa relativamente a esse comportamento e das normas sociais. Estas últimas, estão relacionadas com a avaliação feita por outras pessoas (como amigos ou outros considerados significativos) sobre esse comportamento e a motivação que o próprio tem para cumprir essas expectativas. Para além destes aspectos, esta teoria pressupõe que o indivíduo possui as aptidões, recursos e oportunidades para implementar este comportamento (Bennett & Murphy, 1999; Horne & Weinman, 1998). Alguns estudos sobre esta teoria parecem demonstrar que ela possui algum valor preditivo na adesão a recomendações médicas (Brannon & Feist, 1997a).

4.3. Teoria do Comportamento Planeado de Ajzen (1985, cit. por Bennett, 2002). Esta teoria representa uma evolução da teoria da acção racional, pois nem todos os indivíduos possuem as aptidões e recursos necessários para praticar a acção desejada. Assim, foi acrescentada a dimensão do *controlo* sobre o comportamento pretendido, que considera a capacidade percebida que o indivíduo tem para praticar esse comportamento. Essa capacidade está relacionada com factores de controlo internos (aptidões, informações, entre outros) e/ou externos (oportunidades, relações de dependência relativamente aos outros) que podem funcionar como facilitadores ou inibidores. O controlo percebido, juntamente com as atitudes e normas percebidas, contribuem para a intenção de realizar um determinado comportamento (Bennett & Murphy, 1999).

4.4. Locus de Controlo da Saúde. É um construto que se relaciona com as teorias acima descritas. Refere-se ao grau em que o indivíduo percepção que tem controlo sobre a sua saúde, e teve origem na teoria da aprendizagem social de Rotter (1966). Com base nesta teoria, Wallston e colaboradores (1976), citados por Bennett (2002), referiram três dimensões do controlo que influenciam o comportamento das pessoas. Se estas têm a crença que a sua saúde é determinada em grande parte pelo seu controlo, então têm altas pontuações na dimensão interna. Inversamente, quando as pessoas atribuem a sua saúde ao acaso, independentemente do seu comportamento, a dimensão externa ou acaso apresenta pontuações mais altas. Aquelas que acreditam que a sua saúde está dependente de profissionais de saúde ou outras pessoas, valorizam mais a dimensão das figuras de

autoridade. A ideia chave neste modelo é que as pessoas que atribuem mais valor à sua saúde e que acreditam que têm maior controlo sobre ela (locus de controlo interno) terão mais possibilidades de aderir a comportamentos de saúde do que as que percebem um baixo controlo. Por sua vez, aquelas que atribuem maior importância a figuras de autoridade, como o médico, podem mais facilmente aderir a comportamentos de promoção de saúde. No entanto, essa crença sobre a capacidade dos serviços médicos poderem curar a sua patologia, pode levar a um distanciamento dos comportamentos saudáveis (Bennett, 2002). Entretanto, uma série de estudos levaram Wallston a concluir que, por si só, o locus de controlo não podia prever o comportamento preventivo de saúde, surgindo a auto-eficácia como preditor comportamental mais forte. Quando a saúde é um resultado valorizado, o locus de controlo (funcionando como uma variável moderadora) interage com a auto-eficácia para prever o comportamento (ibidem).

De um modo geral, os modelos sociocognitivos têm a limitação de não explicar comportamentos relacionados com a saúde que são aparentemente irracionais (por exemplo, porque é que uma pessoa perante um tumor grande e visível, opta por não procurar cuidados médicos). Para além disso, as investigações sobre os comportamentos de saúde descobriram que o comportamento futuro prevê-se mais facilmente por comportamentos passados do que por cognições.

4.5. Modelo de Auto-regulação de Leventhal. Este modelo, tal como já descrito no capítulo anterior, começou por investigar o impacto das mensagens de medo sobre o comportamento preventivo. Concluiu-se que, embora a mensagem de medo seja, por vezes, necessária para motivar pessoas para comportamentos preventivos (ex. vacina anti-tetânica, deixar de fumar), a ameaça por si só é muitas vezes insuficiente, sendo necessário adicionar um plano de acção, isto é, fornecer instruções claras para acções de sucesso ajudando o indivíduo a incorporá-las nos seus hábitos diários. Deste modo, esta abordagem permite que o comportamento desejável se mantenha.

Neste modelo, a premissa é que o paciente é visto como um agente activo na resolução dos seus problemas, adoptando comportamentos de saúde que lhe permitam “encurtar” a distância percebida entre o seu estado de saúde actual e o estado por ele desejado. Simultaneamente, o indivíduo responde à doença de uma forma dinâmica, de acordo com a interpretação e avaliação que faz dessa patologia. Isto implica que a escolha de uma acção particular está condicionada pelo sentido que essa acção faz à luz das suas próprias ideias,

acerca dos sintomas experienciados e da própria doença. Nesta perspectiva, a adesão (ou não adesão), pode ser um dos possíveis comportamentos adoptados para cooperar com a doença tal qual ela é percebida. Como já referido, um dos aspectos chave deste modelo é que os três estádios de resposta à doença - representação cognitiva da ameaça, desenvolvimento e implementação do plano de acção para lidar com a ameaça e satisfação decorrente dos resultados do plano de acção - ocorrem paralelamente a um nível emocional e cognitivo, existindo uma interacção dinâmica entre o processo de representação, *coping* e satisfação (Horne & Weinman, 1998). O facto deste processo cognitivo e emocional ocorrerem em paralelo, pode servir para explicar as respostas à ameaça aparentemente irracionais. O facto da pessoa não recorrer aos serviços de saúde apesar de apresentar sintomas e sinais de potencial doença grave, pode ser visto como uma maneira de lidar com a emoção, gerada pela representação cognitiva. Este modelo foca especialmente a importância da experiência real dos sintomas na formulação das representações e na orientação da eficácia nas estratégias de *coping*. Horne (1997) sugeriu que as crenças que o paciente tem acerca do seu tratamento desempenham um papel importante na influência das decisões de adesão. Existe suporte empírico para a utilidade do modelo de auto-regulação de comportamento na adesão ao tratamento da diabetes (Gonder-Frederick & Cox, 1991, cit. por Horne & Weinman, 1998). Desenvolvimentos recentes de um questionário para aferir as representações de doença (Weinman et al., 1996), tornam mais fácil a operacionalização das representações, usando este modelo na investigação sobre a adesão.

Em comum com os modelos de cognição social, este modelo de auto-regulação tenta focar a representação cognitiva da ameaça para o indivíduo como factor chave determinante na variação de um comportamento e considera as crenças como guias fundamentais. No entanto eles diferem, porque este ultimo enfatiza os processos de coping/satisfação e o feedback resultante das cognições, emoção e comportamento.

De um modo geral, estes modelos aqui expostos são frequentemente usados na pesquisa sobre a adesão, não dando porém explicações completas de comportamentos específicos de adesão nem sendo nenhum dos modelos universalmente válidos. Os modelos sociocognitivos parecem ser mais aplicáveis em decisões pontuais acerca de recomendações para manter a saúde do que para explicar a adesão em contexto de doenças crónicas (Conner & Norman, 1996, cit. por Horne & Weinman, 1998).

Outros modelos, como o *comportamento operante e teoria da aprendizagem social*; *abordagem comunicacional*; *teoria da crença racional* e *teoria dos sistemas* são descritos na

literatura. Estes modelos, tal como os que acabámos de mencionar, comportam aspectos negativos e positivos e em cada um deles a explicação sobre a adesão varia de acordo com o papel mais ou menos activo que o indivíduo assume.

4.6. Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley (1988, cit. por Ogden, 1999). Este modelo defende que a adesão é previsível, combinando o factor da *satisfação* do doente em relação à consulta, com os factores *compreensão* da informação dada na consulta e *memorização* dessa informação.

A satisfação do doente foi referenciada em estudos efectuados por Haynes e colaboradores (1979) e por Ley (1988), que indicaram que os níveis de satisfação dos doentes estavam relacionados com vários componentes da consulta, nomeadamente com os aspectos afectivos (apoio emocional, compreensão), aspectos comportamentais (prescrições e explicações adequadas) e aspectos ligados à competência do próprio técnico (cit. por Ogden, 1999).

Um outro factor que também foi referido como importante para a satisfação do doente, relaciona-se com a não omissão de informação. A falta de compreensão do doente acerca do conteúdo da consulta poderá afectar a adesão às indicações médicas. Ley também alertou para a associação entre a capacidade de recordar informações sobre o aconselhado na consulta e a adesão. Segundo este, alguns aspectos como a ansiedade, o nível intelectual, os conhecimentos médicos, o efeito da primazia (o que é dito em primeiro lugar), a importância da afirmação feita pelo médico, assim como o número de afirmações, aumentavam a capacidade de recordação pelo doente. Ainda de acordo com o autor, a idade parece não ter influência na capacidade de recordar o conteúdo da consulta.

4.7. Modelo da Adesão (adherence) desenvolvido por Stanton (1987, cit. por Ogden, 1999). Este mudou a terminologia de *obediência* (compliance) para o de *adesão* (adherence), afastando-se da visão tradicional da figura do médico que debita conselhos a um doente condescendente. O modelo, semelhante ao de Ley, sugere que a comunicação do técnico de saúde aumenta o conhecimento do indivíduo, a sua satisfação e a adesão ao regime recomendado. Um aspecto que o diferencia em relação ao modelo anterior é que este enfatiza aspectos do próprio doente (as crenças sobre a rotura do estilo de vida devido à adesão, locus de controlo e apoio social) e a sua interacção com o profissional de saúde. Porém, estes dois modelos têm implícito que os técnicos de saúde são profissionais objectivos e não influenciados pela suas próprias crenças e os doentes são os leigos, com perspectivas e

crenças a serem trabalhadas pelos médicos em termos de linguagem e conteúdo da informação.

Abordamos neste capítulo, algumas teorias que, embora não expliquem na totalidade os comportamentos de adesão, permitem-nos compreender os aspectos psicológicos que estão inerentes ao processo de tomada de decisão.

O próximo capítulo explica a importância do papel da educação, na gestão do regime terapêutico do indivíduo com diabetes.

5. A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA DIABETES

Sendo a diabetes uma doença crónica e complexa em termos de gestão, requer frequentemente um grande esforço por parte do indivíduo afectado, no processo complexo de auto-regulação comportamental. Isto porque embora o profissional de saúde tenha um papel importante, a responsabilidade pela gestão da diabetes é, em última instância, do próprio doente (Glasgow & Anderson, 1999). É um facto que o diabético tem a seu cargo 95% ou mais do cuidado diário. De acordo com Anderson e colaboradores (2000, p.70), a responsabilidade do diabético para com a sua doença reside essencialmente em três aspectos:

- As decisões e escolhas que afectam a saúde e bem estar do diabético são feitas não pelo profissional de saúde mas sim pela pessoa que tem a doença. É o diabético que no seu quotidiano faz as várias opções sobre a alimentação, o exercício físico, o controlo do stress, a monitorização da glicemia, etc.;
- Os diabéticos é que fazem a gestão da sua doença, independentemente do que o profissional pensa e aconselha. Embora o profissional possa informar, motivar, persuadir, a ultima decisão cabe sempre ao doente;
- As escolhas que o diabético faz reflectem-se principalmente no próprio doente. Um mau controlo metabólico e as suas complicações decorrentes atingem somente a saúde do doente.

O pré-requisito considerado fundamental para a autogestão desta patologia é a educação do paciente (Anderson et al., 1995; Correia, 1999; Cox, Gonder-Frederick & Saunders, 1991; Gagliardino et al., 2001). Como já mencionado, o tratamento da diabetes assenta na alimentação, no exercício físico e na medicação. A educação interliga estes três componentes, sendo considerado o elemento chave no seu tratamento. Na diabetes, a forma como os doentes são educados a gerir a sua doença reflecte-se directamente no tratamento e na prevenção das complicações, pois, é através dessa educação que o diabético aprende a viver com a sua doença, mantendo um quotidiano compatível com uma boa qualidade de vida (Graça, 2001).

De facto, vários trabalhos sobre a importância da educação do paciente no conhecimento, nos comportamentos de autocuidado e no controlo metabólico, evidenciaram resultados positivos (Brown, 1988).

Segundo a *American Diabetes Association* (2003), os estudos da *Diabetes Control and Complications Trial* (DDCT) e *U.K. Prospective Study* (UKPDS) demonstraram que, o grande objectivo dos cuidados médicos às pessoas com diabetes, é a optimização dos níveis de glicose, de forma a minimizar as suas complicações. Níveis de glicemia próximos dos normais, estão relacionados com uma redução das complicações microvasculares nos diabéticos tipo 1 e beneficiam também os diabéticos tipo 2. Para que estes objectivos sejam atingidos, é necessário a intervenção de uma equipa interdisciplinar que eduque os diabéticos na autogestão da sua doença.

O Ministério da Saúde (2000, p.2) define educação terapêutica como: “*O processo educativo preparado, desencadeado e efectuado por profissionais de saúde, devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e a sua família a lidar com uma situação de doença crónica, como a diabetes, e com a prevenção das suas complicações*”. Com o objectivo de manter, dentro do possível, a qualidade de vida do diabético, proporcionando também um efeito adicional às outras intervenções terapêuticas existentes, a educação terapêutica visa, não só o doente mas também a sua família, de modo a que todos se tornem mais independentes dos serviços de saúde (ibidem).

Boavida (2001), alerta para a importância de abordar o diabético integrado no seu meio psicossocial, onde as suas queixas, os seus medos, expectativas e as suas ideias em relação à doença e ao tratamento, sejam encaradas como aspectos de extrema importância para os profissionais de saúde. Só essa compreensão global da pessoa, da sua relação consigo própria e com os outros, poderá levar a traçar objectivos, juntamente com o doente e para o doente. O autor salienta ainda alguns dos efeitos da educação terapêutica, nomeadamente a melhoria da eficácia e eficiência do tratamento, a redução dos custos médicos e dos custos indirectos da doença, a melhoria na qualidade de vida e a motivação dos doentes e pessoal de saúde (ibidem). Esta educação do doente comporta uma filosofia de responsabilidade e autonomia. Assim, a educação no diabético não é mais do que um processo que capacita a pessoa com diabetes para que tenha o conhecimento e a perícia para lidar com a sua doença no seu dia-a-dia (*American Diabetes Association*, 2002a).

Contudo, a educação na diabetes foi vista durante muito tempo como um processo que deveria fornecer aos pacientes conhecimentos e capacidades para aderir às recomendações dos profissionais de saúde. Na década de 90, o MDRTC (*Education Committee of The University of Michigan Diabetes Research and Training Center*), concluiu que esta abordagem era inapropriada para a prática e avaliação da educação do paciente com diabetes, optando por uma abordagem diferente denominada de *empowerment* (Anderson, 2000; Funnell et al.,

1991, cit. por Anderson et al., 1995) Esta abordagem argumenta que ao longo da sua diabetes, o paciente toma decisões diariamente, que afectam e são afectadas pelas suas emoções, pensamentos, valores, objectivos e outros aspectos psicossociais (Anderson et al., 1991). Ao contrário dos modelos mais tradicionais da adesão, que se baseavam na pressão para a pessoa aderir às recomendações médicas, o *empowerment* capacita o indivíduo com as capacidades e recursos que precisa para tomar decisões pessoais informadas acerca do seu auto-cuidado (Gonder-Frederick et al., 2002; Anderson et al., 2000).

Em estudos anteriores, Anderson e colaboradores (1995), concluíram que após submeter 64 diabéticos (maioritariamente de meia idade, com boa educação e 84% com educação específica na diabetes) a programas de *empowerment*, estes apresentaram, no período de seguimento, melhorias significativas em todas as áreas da auto-eficácia e melhorias modestas nos valores de glicemia. O programa teve igualmente impacto nas atitudes gerais dos participantes sobre a sua doença. Estes referiram que a diabetes não interferia na sua vida, compreendendo-a e incorporando-a positivamente. Os autores, porém, salientam que o *empowerment* não deve ser visto como um concorrente à educação tradicional, mas sim como um complemento reforçador dessa educação.

Actualmente, os programas de autocontrolo da diabetes têm, como objectivo principal, promover a aquisição de poder por parte do diabético, em detrimento do mero cumprimento do regime terapêutico (Redman, 2001). Estes programas, tendo em conta o impacto que a diabetes tem na vida do doente, apostam na auto-eficácia do diabético, de modo a capacitá-lo a identificar e estabelecer objectivos realistas, resolver problemas, gerir o *stress* inerente à doença e mobilizar recursos sociais adequados. Isto porque, segundo Gagliardino e Etchegoyen (2001), uma das razões para os fracos resultados na diabetes é a falta de participação no tratamento, sendo esta o factor chave de sucesso que exige motivação, conhecimentos e adesão a um regime complexo e difícil em termos de estilo de vida.

Glasgow e Anderson (1999), posicionando-se sobre os conceitos de *Compliance* e *Adherence*, acreditam que estes deveriam ser substituídos por “*collaborative diabetes management*” ou simplesmente por “*self-management*” ou autogestão (competências comportamentais que permitem gerir a doença), que implicam uma relação colaborativa entre o paciente e o profissional de saúde. Esta relação entre os dois não se traduz por hierarquia, mas por uma parceria de igual para igual. Deste modo, embora o profissional tenha consciência que em última instância é sempre o diabético a fazer as escolhas acerca do seu tratamento, não se demite do seu papel e fornece perícias relacionadas com a autogestão da diabetes, como por exemplo:

- ajuda o paciente a adquirir conhecimentos necessários para que possa tomar decisões informadas;
- ensina técnicas de autocuidado;
- fornece suporte social e emocional;
- oferece sugestões de mudança de comportamento e estratégias de *coping*;
- cria oportunidades para que eles possam reflectir sobre as suas escolhas e sobre os objectivos que eles pretendem atingir.

Em todo este processo, o papel do educador, vulgarmente reflectido no profissional de saúde, tem uma importância fulcral. Até ao momento, e de um modo geral, a relação existente entre os profissionais de saúde e os diabéticos baseia-se apenas numa relação superficial, fundamentalmente com o objectivo de manter um controlo metabólico (Wikblad, 1991). Habitualmente, os diabéticos com um controlo metabólico bom ou aceitável têm um feedback positivo da equipa de saúde, enquanto que os que têm um controlo metabólico fraco ou inaceitável, não recebem o mesmo grau de resposta positiva ou apoio.

A educação e informação fornecida ao paciente deve ser baseada numa avaliação individual de forma a responder às suas necessidades e perspectivas. Esta deve simultaneamente atender às suas capacidades, conhecimentos, perícias, atitudes e motivação para se adaptar à doença (Wikblad, 1991). O educador ajuda o indivíduo a encontrar e mobilizar estratégias e recursos que permitam uma melhor autogestão (Doherty et al., 2000). Porém, face a uma doença de gestão tão complexa, é provável que o próprio educador experiencie dificuldades nas suas intervenções (Glasgow, 1995). Um modelo conceptual da autogestão e educação na diabetes pode ser uma ferramenta útil para o educador, uma vez que providencia linhas orientadoras que permitem adaptar os tratamentos, incorporando as perspectivas dos doentes (Glasgow, 1995). Este autor desenvolveu um modelo que embora evidencie a complexidade inerente à gestão da diabetes, orienta os técnicos de saúde para os diversos aspectos que deverão ser identificados e priorizados aquando do planeamento das intervenções a implementar. Este modelo conceptual é constituído por três níveis básicos. O primeiro nível diz respeito *aos factores ambientais e contextuais* tais como a família, o trabalho, aspectos relacionados com o suporte social, políticas, características do indivíduo (crenças, preferências) e experiências com os serviços de saúde (marcação de consultas, tempo de espera nas consultas). A segunda etapa refere-se mais pormenorizadamente às *interacções com a equipa de saúde*, focando os comportamentos de autogestão e o controlo dos factores de risco. A ultima etapa engloba os aspectos relacionados com os *resultados da autogestão* e com a *qualidade de vida* (ibidem).

O domínio dos vários modelos e teorias comportamentais poderão ajudar o educador a compreender os possíveis posicionamentos adoptados pelo doente face à diabetes. Alguns modelos comportamentais (modelos sociocognitivos, modelo de auto-regulação de Leventhal, modelo da hipótese cognitiva de Ley, entre outros), já referidos neste trabalho, alertam também para factores pessoais tão variados, como crenças, motivação, barreiras e benefícios percebidos ao tratamento, auto-eficácia, controlo percebido e aspectos emocionais, que poderão explicar os comportamentos de adesão. Eles constituem uma base teórica para que o educador seja essencialmente um pedagogo prático, planeando intervenções individualizadas e mais realistas.

Esta educação deve também, pautar pela cientificidade, assentando num estudo cuidadoso dos factores psicossociais preditores dos comportamentos de adesão, reflectindo os conteúdos e estratégias da educação para a saúde do diabético, esse mesmo conhecimento científico.

Abordando a educação numa perspectiva economicista, o investimento na educação do diabético também parece trazer benefícios, pois reduz o pesado fardo socio-económico que esta patologia acarreta. Isto porque, como já referido, o controlo desta doença, especificamente o controlo da glicemia, reduz significativamente o risco das suas complicações. Vários foram os trabalhos que demonstraram que a educação no diabético conduziu a uma redução dos custos (American Diabetes Association, 2003; Boavida, 2001; Gray et al., 2001). Numa investigação prospectiva, Gray e seus colegas (2001), pretenderam calcular a relação de custo-efectividade do controlo convencional *versus* intensivo, nos valores da glicemia, nos indivíduos com diabetes mellitus tipo 2. Os resultados indicaram que, embora o controlo intensivo da glicose tenha aumentado significativamente os custos do tratamento, reduziu os custos, de forma substancial, no tratamento de complicações para além de aumentar o tempo em que estas não se manifestavam. De igual modo, um outro trabalho desenvolvido por Gagliardino e Etchegoyen (2001), confirmou que as modificações no estilo de vida, resultantes da educação do diabético, levaram à diminuição do peso e a um melhor controlo da glicose, tensão arterial e lipídios séricos. Deste modo, a redução dos custos dos fármacos, juntamente com a redução do risco de complicações, podem levar a uma diminuição dos gastos e à melhoria da qualidade de vida. Assim investigações demonstram que a educação na diabetes tipo 2 pode ser positiva em termos de custo/benefício e custo/eficiência.

Parecem assim inegáveis, os efeitos positivos da educação no controlo e gestão da diabetes mellitus. Urge porém repensar, os métodos usados nas educações para a saúde, de forma a que as tradicionais intervenções passem a ser feitas com base numa parceria com os

doentes diabéticos, em que o profissional, atento aos aspectos psicossociais que condicionam os comportamentos do utente, surja como um mero orientador e facilitador deste processo.

Capítulo II
INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

A. METODOLOGIA

Neste capítulo pretendemos descrever a metodologia utilizada ao longo desta investigação empírica. Inicialmente são referenciados os objectivos do estudo, o desenho de investigação, as variáveis e as hipóteses a estudar. Segue-se a descrição da população e amostra com os métodos de recolha e a sua caracterização sócio-demográfica e clínica, os respectivos procedimentos, bem como os instrumentos utilizados. Por fim descrevem-se os métodos estatísticos utilizados.

1. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como finalidade, investigar a relação entre alguns factores psicossociais e a adesão terapêutica no doente diabético tipo 2, com vista a fornecer algumas directrizes para uma educação para a saúde mais eficaz.

Os seus objectivos são:

- 1- Identificar os níveis de conhecimentos que os diabéticos possuem acerca da sua doença;
- 2- Estudar as representações de doença nos indivíduos com diabetes mellitus tipo 2;
- 3- Caracterizar o estado emocional (ansiedade e depressão) dos doentes com diabetes mellitus tipo 2;
- 4- Avaliar a adesão ao regime terapêutico prescrito;
- 5- Compreender de que modo as representações de doença, o estado emocional e os conhecimentos sobre a diabetes podem influenciar os comportamentos de adesão ao regime terapêutico prescrito.

2. DESENHO DO ESTUDO

Tendo em vista os objectivos traçados, optamos por um estudo transversal, com uma única avaliação, com desenho correlacional, uma vez que pretendemos estabelecer relações entre variáveis, analisando a sua magnitude e sentido dessa mesma relação. Nos estudos correlacionais, o investigador não tem como propósito encontrar relações de causalidade entre fenómenos mas apenas estabelecer previsões entre eles (Almeida & Freire, 2000). O estudo situa-se no paradigma quantitativo pois enfatiza as regras da lógica, o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana (Polit & Hungler, 1995).

3. VARIÁVEIS EM ESTUDO

Num estudo correlacional, as variáveis estão relacionadas essencialmente com as dimensões do comportamento avaliadas ou com o(s) traço(s) a avaliar (Almeida & Freire, 2000). Neste estudo temos como variáveis principais:

Variáveis predictoras:

- Níveis de conhecimentos sobre a doença;
- Representações de doença: identidade, duração (aguda/crónica), consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, duração (cíclica), representação emocional e causas;
- Ansiedade e depressão.

Variáveis de resultado:

- Adesão ao regime terapêutico: quantidade de dieta, tipo de dieta, exercício físico, teste à glicose e medicação;
- Hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}).

As variáveis de atributo incluem as variáveis sócio-demográficas e clínicas:

- Idade;

- Sexo;
- Estado civil;
- Escolaridade;
- Situação laboral;
- Profissão actual ou anterior;
- Pessoas com quem vive;
- Idade do diagnóstico;
- Início do tratamento com antidiabéticos orais;
- Dificuldades específicas sentidas no tratamento;
- Apoio de pessoas significativas;
- Problemas de saúde existentes;
- Familiares com Diabetes Mellitus e seu parentesco;
- Glicemia em jejum;
- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Tensão Arterial (TA).

4. HIPÓTESES

- 1- Prevê-se que quanto maiores forem os níveis de conhecimentos acerca da doença mais elevados serão os níveis de adesão ao regime terapêutico prescrito;
- 2- Prevê-se que os níveis de ansiedade e depressão dos doentes com diabetes mellitus tipo 2 estarão significativa e negativamente correlacionados com os níveis de adesão terapêutica;
- 3- Prevê-se que as representações de doença nas dimensões da duração (aguda/crónica e cíclica), consequências, e controlo pessoal e de tratamento, estarão significativa e positivamente correlacionadas com a adesão terapêutica, e que as dimensões representação emocional e coerência estarão significativa e negativamente correlacionadas com a adesão terapêutica.

As análises exploratórias pretendem investigar a influencia das variáveis sócio-demográficas e clinicas nas variáveis psicossociais estudadas, nomeadamente na representação de doença, estado emocional (ansiedade e depressão), conhecimentos sobre a diabetes e adesão terapêutica.

5. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo deste estudo foram os doentes diabéticos tipo 2 que frequentavam as consultas para diabéticos, na Unidade de Saúde Familiar de Fânzeres- Gondomar. A escolha desta unidade de saúde prendeu-se com o facto de possuir um ficheiro de utentes em suporte informático, possibilitando um melhor acesso ao agendamento das consultas de diabetes.

Os critérios de inclusão na amostra foram os sujeitos terem uma idade superior a 40 anos, aceitarem participar no estudo, terem diabetes tipo 2, diagnosticada há mais de 12 meses, e sem patologia oncológica associada ou outra doença em fase aguda.

O período de recolha de dados situou-se entre 2 de Maio e 30 de Junho de 2002. Optámos por uma amostra de conveniência uma vez que esta interferia o mínimo possível com a organização e funcionamento das consultas. Dos 226 diabéticos com consultas agendadas nesse período, foram seleccionados 133 sujeitos. O método de amostragem utilizado foi o de conveniência por quotas. Ou seja, naquele centro de saúde a consulta de diabetes funciona às 2.^a, 4.^a, e 5.^a feiras, estando os utentes distribuídos por estes dias nas seguintes percentagens: 42%, 8% e 50% respectivamente. Este método de amostragem procurou tornar a distribuição da amostra o mais equivalente à população alvo (ver Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição absoluta e percentual dos utentes com consulta marcada e dos participantes seleccionados para a amostra, de acordo com o agendamento das consultas

	Consultas de diabetes		Amostra	
	n	%	n	%
2 ^a . feira	94	42	55	41,4
4 ^a . feira	18	8	11	8,3
5 ^a . feira	114	50	67	50,4
Total	226	100	133	100,1

5.1. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra

A caracterização sócio-demográfica e clinica da amostra, de acordo com o sexo, encontra-se na Tabela 2.

Tabela 2- Distribuição absoluta e percentual das características sócio-demográficas, de acordo com o sexo

Variáveis	Sexo				χ^2	p
	Feminino (n= 74)		Masculino (n= 59)			
	n	%	n	%		
Idade					1,81	0,40
40 a 59	23	31,1	20	33,9		
60 a 69	23	31,1	23	39,0		
≥70	28	37,8	16	27,1		
Estado civil					17,86	0,00
Casados	45	60,8	54	91,5		
Não casados	29	29,2	5	8,5		
Escolaridade					-	- ¹
0-4 anos	72	97,3	52	88,1		
≥ 5 anos	2	2,7	7	11,9		
Situação laboral					3,10	0,10
Activos	9	12,3	14	24,1		
Não activos	64	87,7	44	75,9		
Agregado familiar					13,34	0,00
Cônjuge/companheiro(a)	21	28,4	31	52,5		
Família restrita (cônjuge e filhos)	25	33,8	21	35,6		
Outros	28	37,8	7	11,9		

1. Não se realizaram as análises do qui-quadrado devido à existência de células com menos de 5 de sujeitos.

A amostra é constituída por 55,6% elementos femininos e 44,4% do sexo masculino. Conforme indica a tabela 2, o grupo etário mais representativo nas mulheres é superior a 70 anos (37,8%), com uma média de 64,3 anos ($\underline{DP}= 10,8$) enquanto que nos homens a classe que predomina é dos 60 aos 69 anos (39,0%), com uma média de 64,3 anos ($\underline{DP}= 8,8$). Relativamente ao estado civil verificamos diferenças significativas entre os sexos ($p<0,001$), com 91,5% dos homens casados e apenas 60,8% das mulheres casadas. Dos não casados, 28,4% são viúvas enquanto que somente 8,55% dos homens o são. Quanto à escolaridade, as diferenças são estatisticamente significativas entre os sexos ($t(131)=-4,82$; $p<0,001$), sendo a média no sexo feminino de 2,8 anos ($\underline{DP}= 1,85$) e no sexo masculino de 4,2 anos ($\underline{DP}= 1,65$). De referir que 24,3% das mulheres e 5,1% dos homens são analfabetos.

No que respeita à situação laboral, uma grande percentagem dos indivíduos de ambos os sexos, 87,7% das mulheres e 75,9% dos homens, já não se encontram activos por motivo de reforma, invalidez, desemprego ou outras situações. Os dados relativos à profissão actual ou anterior foram codificadas de acordo com a Classificação Nacional das Profissões (CNP) que integra a existência de nove grandes grupos (Instituto do Emprego e Formação Profissional, 1998). Com base nestes, fizemos 6 novos reagrupamentos com as seguintes denominações:

- profissões superiores- *grupo 1* (Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa) e *grupo 2* (Especialistas das profissões intelectuais e científicas)
- profissões intermédias- *grupo 3* (Técnicos profissionais de nível intermédio)
- profissões especializadas não manuais- *grupo 4* (pessoal administrativo e similares) e *grupo 5* (pessoal dos serviços e vendedores)
- profissões especializadas manuais- *grupo 6* (Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas)
- profissões semi-qualificadas- *grupo 7* (inclui os operários, artífices e trabalhadores similares) e *grupo 8* (Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem)
- profissões não especializadas- *grupo 9* (trabalhadores não qualificados).

No sexo feminino, as profissões semi-qualificadas foram as mais referidas correspondendo a 39,2%, seguidas pelas especializadas não manuais com 33,8% e com 4,1% as especializadas manuais. A percentagem de domésticas foi de 23,0%. A distribuição dos elementos do sexo masculino foi idêntica ao sexo feminino. Mais de metade da amostra

masculina, 57,6%, agrupava-se também nas profissões semi-qualificadas, 37,3% nas especializadas não manuais e 5,1% nas especializadas manuais.

Verificámos que a maior parte dos elementos da amostra vive acompanhados; 52,5% dos homens vivem com a sua companheira e 37,8% das mulheres vivem com outros familiares. De referir que 12,2% das mulheres vivem sozinhas enquanto que somente 1,7% dos homens está nessa situação.

5.2. Caracterização Clínica da Amostra

Relativamente à *idade do diagnóstico* da diabetes, não se encontram diferenças significativas entre os sexos (mulheres- $\underline{M}=53,0$; $\underline{DP}=12,9$ e homens- $\underline{M}=56,8$; $\underline{DP}=8,0$) e a idade média do diagnóstico ($t(130)=1,65$; $p=0,100$). Quanto ao *tempo de doença*, nas mulheres a média é de 11,3 anos ($\underline{DP}=9,57$), enquanto que nos homens a média é de 7,2 anos ($\underline{DP}=5,57$), encontrando-se significado estatístico ($t(120,8)=3,04$; $p=0,003$). Analisando a idade de início do tratamento da diabetes mellitus especificamente com medicação, verificamos que, através da comparação das médias em ambos os sexos, o tratamento com antidiabéticos orais foi praticamente instituído logo após o diagnóstico: Mulheres- $\underline{M}=53,80$; $\underline{DP}=12,98$; Homens- $\underline{M}=56,87$; $\underline{DP}=10,87$, não existindo diferenças significativas ($t(122)=1,40$; $p=0,162$). Quanto ao apoio de pessoas significativas nos cuidados com a diabetes, a maioria das mulheres (71,6%), refere cuidar da sua patologia sozinha, 10,8% têm o apoio do marido e 16,3% são apoiadas pelos filhos ou outros familiares. Por sua vez, 57,6% dos homens sentem-se apoiados pelas esposas, enquanto que 35,5% cuidam sozinhos da sua diabetes. Os restantes 6,8% têm o apoio dos filhos, família ou vizinhos.

Na Tabela 3 estão representados os dados relativos às dificuldades que os doentes têm tido com o tratamento aconselhado para controlar a sua diabetes, nomeadamente com a alimentação, medicação e exercício físico.

Tabela 3- Distribuição absoluta e percentual das dificuldades apresentadas pelos diabéticos durante o seu tratamento, de acordo com o sexo

Tipo de dificuldades com o tratamento	Sexo		χ^2	p
	Feminino (n=74)	Masculino (n=59)		
	n %	n %		
Alimentação	35 47,3	23 39,0	0,92	0,38
Medicação	6 8,1	3 5,1	0,48	0,73
Exercício físico	38 51,4	19 32,2	4,97	0,03

Verificamos que só ao nível do exercício físico existem diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e os problemas relacionados com o exercício físico ($p < 0,05$), com as mulheres a referirem mais dificuldades. Sensivelmente metade da amostra do sexo feminino (51,4%) apresenta dificuldades com o *exercício físico*, destacando-se os problemas de mobilização devido a patologias de vária ordem (33,8%), como problemas osteoarticulares e insuficiência venosa dos membros inferiores (úlceras venosas, sensação de peso e edemas). Estes problema de saúde causam-lhes frequentemente dores: “...*custa-me andar pois tenho má circulação*”, “..*dificuldade em andar pois doem-me os ossos*”. Algumas participantes também referem o cansaço (6,8%), a pouca motivação (6,8%) e a falta de tempo/incompatibilidade com o trabalho (4,1%), como alguns dos motivos para não praticarem exercício físico.

Adicionalmente, 47,3% dos elementos do sexo feminino apresentam problemas consideráveis com a alimentação. Um dos principais motivos que impede a adesão ao regime alimentar recomendado, prende-se com a dificuldade em modificar hábitos alimentares (31,1%). Outra causa apontada por 9,5% das mulheres, relaciona-se com o facto de não fazerem a comida separada da restante família, referindo ingerir alimentos mais condimentados e com uma confecção à base de fritos e assados, de modo a satisfazer as preferências do agregado familiar. A incompatibilidade com o trabalho (5,4%), dificuldades económicas (4,1%) e dificuldades em confeccionar refeições (1,4%) são também factores que contribuem para esses problemas.

O regime medicamentoso surge como a terceira dificuldade referida (8,1%). Destes, 2,8% mencionam algumas dificuldades económicas pois embora a maioria dos antidiabéticos orais sejam gratuitos, outros medicamentos prescritos em simultâneo tornam-se financeiramente inoportáveis. O esquecimento (2,8%), pouca motivação (1,4%) e intolerância medicamentosa (1,4%) foram igualmente referenciados.

Para o sexo masculino, a alimentação surge como o primeiro factor onde são sentidos mais problemas (39,0%) e as causas são idênticas às apresentadas pelas mulheres. A dificuldade em mudar hábitos alimentares é o primeiro problema (25,4%), seguido da incompatibilidade com o trabalho (8,5%), especificamente com o horário das refeições e utilização de restaurantes. Algumas das frases como “...gosto de comer comidas mais fortes senão sinto fraqueza”, “... devido ao trabalho só consigo fazer 3 refeições”, “...não tenho força de vontade [aderir ao regime alimentar], só se me receitarem insulina” ilustram estas dificuldades. O facto de partilharem a mesma refeição com a família (6,8%) e apresentarem algumas limitações económicas (3,4%), também contribuiu para essas dificuldades. Os problemas sentidos por 32,2% dos elementos masculinos com o exercício físico, estão predominantemente relacionados, tal como nas mulheres, com problemas de mobilização devido a patologias associadas (15,3%). Outras dificuldades estão relacionadas com o trabalho incompatível/falta de tempo (8,5%), com a pouca motivação (5,1%) e com a fadiga (3,4%). A medicação (5,1%), é, tal como nas mulheres, o factor que menos problemas causa no seguimento do tratamento recomendado. A intolerância medicamentosa, o esquecimento e os problemas económicos são referidos por alguns diabéticos (1,7%, respectivamente).

Os problemas de saúde descritos e sua relação ou não com a diabetes constam na Tabela 4.

Tabela 4- Distribuição absoluta e percentual dos problemas de saúde descritos pelo diabético e seu relacionamento com a diabetes, de acordo com o sexo

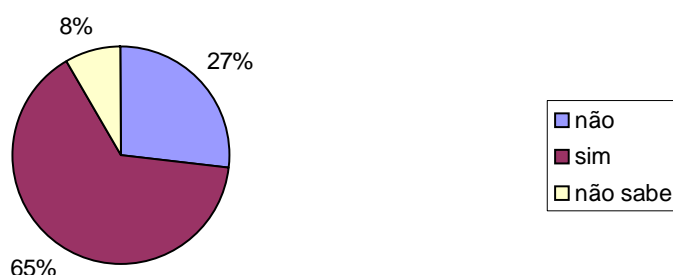
Problemas de saúde	Descritos pelo diabético		Não Relacionados com a sua diabetes		Relacionados com a sua diabetes		Não sabe	
	Feminino n %	Masculino n %	Feminino n %	Masculino n %	Feminino n %	Masculino n %	Feminino n %	Masculino n %
Problemas visuais	53 71,6	38 64,4	24 45,3	8 21,6	12 22,6	18 48,6	17 32,1	11 29,7
Problemas cardíacos	35 47,3	13 22,0	18 51,4	3 23,1	3 8,6	3 23,1	14 40,0	7 53,8
Problemas renais	20 27,0	11 18,6	5 25,0	3 27,3	5 25,0	2 18,2	10 50,0	6 54,5
Acidentes vasculares cerebrais	16 21,6	3 5,1	7 43,8	1 33,3	3 18,8	- -	6 37,5	2 66,7
Hipertensão	46 62,2	34 57,6	19 41,3	9 26,5	9 19,6	10 29,4	18 39,1	15 44,1
Triglicédeos	28 37,8	21 35,6	11 39,3	8 38,1	6 21,4	4 19,0	11 39,3	9 42,9
Colesterol	39 52,7	23 39,0	13 33,3	8 34,8	6 15,4	4 17,4	20 51,3	11 47,8
Diminuição sensibilidade membros inferiores	50 67,6	23 39,0	11 22,0	9 37,5	13 26,0	6 25,0	26 52,0	9 37,5

Através da análise da Tabela 4 podemos verificar que os problemas de saúde que mais afectam os participantes do sexo feminino são os Problemas visuais (71,6%), seguidos pela Diminuição da sensibilidade nos membros inferiores (67,6%) e pela Hipertensão (62,2%). No

entanto, um numero elevado de mulheres, ou não considera estes problemas relacionados com a sua diabetes ou não sabe dizer se existe alguma associação. Nos homens, os problemas de saúde mais frequentes também são os Problemas visuais (64,4%), seguidos pela Hipertensão (57,6%) e com iguais valores, a Diminuição da sensibilidade nos membros inferiores e o Colesterol (39,0%). De destacar que a maioria dos homens associa os seus problemas visuais à diabetes, enquanto que nas patologias acima referenciadas grande parte deles não sabe ou não os associa.

Relativamente à existência de familiares com diabetes mellitus, verificamos pelo Gráfico 2 que a maioria (64,9%) dos diabéticos da amostra referiram ter familiares com a mesma patologia, 27,1% não os tinham e 8,3% desconheciam antecedentes diabéticos. Dos 64,9% que referiram ter familiares com a mesma patologia, o grau de parentesco mais referenciado pelas mulheres e homens são os pais e avós (28 e 27, respectivamente) seguido dos irmãos (27 e 12) e dos tios (7 e 4).

Gráfico 2- Distribuição percentual dos familiares da amostra com diabetes mellitus



Para o estudo das *variáveis de controlo metabólico*, Glicemia em jejum e Hemoglobina glicosilada, e para o Índice de Massa Corporal e Tensão Arterial, utilizámos como valores de referência, os preconizados nas Normas de Controlo da Diabetes Mellitus Não Insulino-Dependente (Grupo Europeu de Consenso para a Diabetes, 1993; Duarte, 2002a). Assim são considerados valores clinicamente significativos quando:

- a glicemia em jejum se situa acima dos 140 mg/dl;
- a HbA_{1c} é superior a 7,5%;
- o IMC é superior no sexo feminino a 26 Kg/m² e no sexo masculino a 27 Kg/m²;
- a TA sistólica e diastólica apresentam valores superiores a 160/95 mmHg.

De acordo com a maioria dos especialistas, considera-se importante para a autovigilância da doença, a avaliação do controlo metabólico da diabetes. Um dos parâmetros vulgarmente utilizado nessa avaliação é a *Glicemia em jejum*, pois os seus valores estão razoavelmente relacionados com o controlo da patologia. A *Hemoglobina glicosilada* ou *Glico-hemoglobina*, nomeadamente uma das suas três componentes, a Hb A_{1c}, reflecte o nível médio das glicemias nos últimos 2 a 3 meses. O peso corporal também é um factor importante para a regulação do tratamento na diabetes, sendo o *Índice de Massa Corporal (IMC)* a medida que permite definir o peso excessivo e a obesidade. Um IMC superior a 25 Kg/m² é considerado peso excessivo, superior a 30 é obesidade (Duarte, 2002a). Do mesmo modo, sabemos que os valores tensionais elevados estão intimamente relacionados com a diabetes (APDP, 2001).

Na Tabela 5 estão representados os valores das variáveis de controlo metabólico, da TA e do IMC que os diabéticos da amostra possuem.

Tabela 5- Média, desvio padrão e comparação de médias das variáveis clínicas na amostra de acordo com o sexo

Variáveis clínicas	M (DP)		t	p
	Feminino	Masculino		
Glicemia em jejum (mg/dl)	178,48 (82,06)	174,84 (59,58)	0,28	0,77
Hemoglobina glicosilada (HbA _{1c} - %)	7,89 (2,08)	7,34 (1,78)	1,57	0,11
TA sistólica (mmHg)	147,45 (16,72)	148,71 (19,39)	-0,40	0,68
TA diastólica (mmHg)	81,48 (8,90)	81,64 (9,10)	-0,10	0,91
IMC (Kg/m ²)	28,71 (3,61)	28,26 (3,23)	0,73	0,46

Verificámos que os valores médios de glicemia em jejum obtidos em ambos os sexos ultrapassam largamente o limite aconselhado, sendo portanto considerados valores não desejáveis. Relativamente à HbA_{1c}, enquanto que os valores médios nas mulheres também são considerados não desejáveis, os homens ainda se situam dentro do limite, embora com valores já elevados. Os valores médios da TA sistólica e diastólica ainda se encontram dentro dos limites preconizados em ambos os sexos. Quanto ao IMC, as médias apontam para um peso excessivo nas mulheres e nos homens.

6. PROCEDIMENTOS

Após contacto prévio e informal com os elementos da direcção da Unidade de Saúde Familiar de Fânzeres, pedimos autorização formal à sub-região de Saúde do Porto para a realização do estudo. Tendo, como já referenciado, o cuidado de manter a amostra o mais aproximada possível da população alvo, o nosso contacto com os utentes foi distribuído pelo período da manhã e da tarde, de acordo com as consultas marcadas.

Antes de se proceder à recolha de dados, foram tidos em consideração alguns aspectos éticos. Os participantes foram ilucidados sobre os objectivos do estudo assim como a confidencialidade dos dados, de forma a que a sua colaboração fosse voluntária, fornecendo um consentimento autorizado sobre a sua participação. Realçámos, também junto do utente, o facto de não pertencermos à equipa do serviço, não havendo partilha da informação com os profissionais responsáveis pelos seus cuidados nem a possibilidade de terem acesso aos dados.

Embora inicialmente se previsse o preenchimento dos questionários por auto-relato, devido a um grande número de utentes com dificuldades em ler, por problemas visuais ou por iliteracia funcional, optámos pelo seu heteropreenchimento. Os questionários foram administrados num gabinete, somente na presença do investigador, de modo a favorecer um ambiente calmo e de privacidade. Os profissionais de saúde completaram num documento separado, os dados clínicos avaliados (Controlo metabólico, IMC e TA).

A taxa de resposta foi de 95,7%: dois diabéticos recusaram-se a participar e quatro não completaram o questionário por motivos de indisponibilidade temporal.

7. INSTRUMENTOS

Para obter informações sobre as variáveis a estudar foram utilizados numa só aplicação vários questionários:

7.1. Questionário Sócio-demográfico e Clínico- (Sousa & McIntyre, 2002)

Este questionário foi desenvolvido pelas autoras para fins deste estudo. O questionário inclui vários itens de formato variável (perguntas fechadas e abertas) que cobrem as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral, profissão actual ou anterior, pessoas com quem vive, idade do diagnóstico, início do tratamento com antidiabéticos orais,

dificuldades específicas sentidas com o tratamento, apoio de pessoas significativas, problemas de saúde existentes, familiares com diabetes mellitus e seu parentesco, glicemia em jejum, hemoglobina glicosilada, índice de massa corporal e tensão arterial (Anexo I).

7.2. *Questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD) – (Sousa & McIntyre, 2002)*

Esta escala foi elaborada por Sousa e McIntyre (2002) com vista à sua utilização neste estudo e visa identificar os conhecimentos que os doentes possuem sobre a diabetes, tendo sido desenvolvida de modo a contemplar os conteúdos habitualmente transmitidos pelos profissionais de saúde (Anexo II). Para assegurar que este instrumento de medida fosse representativo do domínio a avaliar, foi submetido à análise de peritos (médicos endocrinologistas e enfermeiras), de forma a verificar a sua validade de conteúdo (Fortin, 1999).

A escala final tem no total 28 itens, divididos por 7 dimensões: identidade (3 itens), causas (5 itens), duração (4 itens), tratamento (4 itens), limitações (3 itens), controlo (5 itens) e complicações da diabetes (4 itens). À semelhança de outros questionários de conhecimentos sobre a doença (Foulkes et al., 1993) pressupõe-se a possibilidade de três tipos de resposta: *verdadeiro*, *falso* ou *não sei*, correspondentes a 3 sub-escalas de conhecimentos (respostas correctas, respostas falsas e incertezas). Em todas as sub-escalas, a pontuação varia entre 0 e 1; 1 significa que a resposta é dada no sentido da dimensão a avaliar. A pontuação da sub-escala de respostas correctas (conhecimentos acerca da diabetes) é obtida através da adição de todas as respostas no sentido correcto (i.e. indicando conhecimentos adequados sobre a diabetes). A pontuação da sub-escala de respostas falsas (mitos ou falsos conceitos) obtém-se adicionando todas as respostas falsas (i.e. indicando conhecimentos errados sobre a diabetes). A soma das respostas incertas (desconhecimento) indica o grau de desconhecimento acerca da doença.

7.2.1 Características Psicométricas na População Portuguesa

O estudo de validação foi realizado em 133 pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que fazem parte da nossa amostra.

a) Fidelidade

O questionário inicialmente continha 35 itens tendo sido eliminados 7 itens (na dimensão identidade- “*a diabetes é definida por haver perda rápida de peso*”; na dimensão causa- “*a diabetes pode ser causada por comer muitos doces*”; na dimensão duração- “*a diabetes é uma doença que é de longa duração*”; na dimensão tratamento- “*no tratamento da diabetes normalmente tem que se tomar sempre a medicação receitada pelo médico*”; na dimensão limitações- “*o doente diabético não pode estar muitas horas sem comer*”; na dimensão controlo- “*para a doença não piorar é importante fazer a picada no dedo para saber os valores de açúcar no sangue*” e na dimensão consequências- “*devido à diabetes, outros problemas de saúde podem causar doenças nos olhos*”). Os critérios de eliminação foram os itens apresentarem coeficientes de correlação inter-itens $<0,20$ e não apresentarem cargas factoriais significativas ($\geq 0,40$) (Bowling, 1994). A versão final do questionário engloba 28 itens.

Para verificarmos a fidelidade da escala foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach (consistência interna) para a sub-escala dos conhecimentos (o que os diabéticos realmente sabem sobre a sua doença) e para a sub-escala do desconhecimento (as dúvidas que os diabéticos possuem). Devido à baixa percentagem de respostas falsas não foi possível calcular a fidelidade da sub-escala dos falsos (que representam os falsos conceitos ou mitos sobre a diabetes).

As Tabelas 6 e 7 apresentam os alfas obtidos nas sub-escalas dos conhecimentos e do desconhecimento.

Tabela 6- Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário dos Conhecimentos da Diabetes*”, sub-escala dos conhecimentos (28 itens) (N=133)

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	0,70	0,45	0,32	0,76
2.	0,63	0,48	0,18	0,76
3.	0,19	0,39	0,31	0,76
4.	0,47	0,50	0,30	0,76
5.	0,71	0,45	0,39	0,75
6.	0,48	0,50	0,36	0,75
7.	0,69	0,46	0,35	0,75
8.	0,35	0,47	0,19	0,76
9.	0,78	0,40	0,29	0,76
10.	0,69	0,46	0,42	0,75
11.	0,79	0,40	0,28	0,76
12.	0,68	0,46	0,31	0,76
13.	0,91	0,27	0,43	0,75
14.	0,90	0,29	0,21	0,76
15.	0,96	0,17	0,30	0,76
16.	0,45	0,50	0,30	0,76
17.	0,81	0,39	0,52	0,75
18.	0,52	0,50	0,19	0,76
19.	0,72	0,44	0,09	0,77
20.	0,81	0,38	0,20	0,76
21.	0,78	0,41	0,38	0,75
22.	0,96	0,17	0,19	0,76
23.	0,52	0,50	0,28	0,76
24.	0,48	0,50	0,27	0,76
25.	0,78	0,41	0,29	0,76
26.	0,88	0,31	0,19	0,76
27.	0,72	0,44	0,29	0,76
28.	0,51	0,50	0,24	0,76

Alfa de Cronbach: 0,76

O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade da sub-escala dos conhecimentos foi de 0,76, sugerindo uma consistência interna aceitável. A análise mais detalhada dos itens revela que 5 itens (item 2: “*a diabetes é definida por a pessoa ter muita sede*”; item 8: “*a diabetes pode ser causada por não descansar o suficiente*”; item 18: “*o doente diabético não pode nunca comer bolos*”; item 19: “*o doente diabético não pode fazer viagens longas*”; item 22: “*para a doença não piorar é importante vigiar a tensão arterial*” e item 26: “*devido á diabetes outros problemas de saúde podem ser evitados ou atrasados se a doença for vigiada e bem controlada*”) apresentam uma baixa correlação (<0,20) com a restante sub-escala. Optámos, no entanto, por não os retirar visto que a sua manutenção não afecta significativamente a homogeneidade da escala.

Tabela 7- Resultados da avaliação da consistência interna do “*Questionário dos Conhecimentos da Diabetes*”, sub-escala do desconhecimento (28 itens) (N=133)

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
1.	0,27	0,44	0,39	0,81
2.	0,17	0,37	0,23	0,82
3.	0,66	0,47	0,29	0,82
4.	0,33	0,47	0,46	0,81
5.	0,24	0,43	0,40	0,81
6.	0,29	0,45	0,33	0,82
7.	0,17	0,37	0,34	0,82
8.	0,42	0,49	0,34	0,82
9.	0,16	0,37	0,37	0,82
10.	0,15	0,35	0,46	0,81
11.	0,14	0,35	0,30	0,82
12.	0,15	0,35	0,46	0,81
13.	0,06	0,25	0,45	0,81
14.	0,06	0,23	0,20	0,82
15.	0,03	0,17	0,32	0,82
16.	0,14	0,35	0,44	0,81
17.	0,13	0,34	0,49	0,81
18.	0,06	0,23	0,17	0,82
19.	0,14	0,35	0,22	0,82
20.	0,15	0,35	0,25	0,82
21.	0,21	0,40	0,46	0,81
22.	0,02	0,14	0,23	0,82
23.	0,27	0,44	0,39	0,81
24.	0,51	0,50	0,21	0,82
25.	0,18	0,39	0,36	0,82
26.	0,08	0,27	0,30	0,82
27.	0,18	0,38	0,43	0,81
28.	0,22	0,41	0,42	0,81

Alfa de Cronbach: 0,82

O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da sub-escala é considerado bom ($\alpha=0,82$) e, embora o item 18 (“*o doente diabético não pode nunca comer bolos*”) mantenha uma correlação com os restantes itens menor do que 0,20, optamos por mantê-lo, uma vez que a consistência interna da escala não melhora com a sua retirada e este possui boa validade facial.

b) Validade

Para estudarmos a validade de construto recorreremos à análise factorial dos componentes principais. Foi seleccionada a rotação ortogonal pelo método varimax, para aumentar a saturação dos itens. Os valores omissos foram substituídos pela média e os itens com carga factorial inferior a 0,40 não foram contemplados. A análise factorial obtida encontrou 6 factores que explicam 43,99% da variância total, sendo o factor 1 o que melhor explica a variância da escala (16,49%), conforme podemos ver na Tabela 8.

Tabela 8- Análise das Componentes Principais do “*Questionário dos Conhecimentos da Diabetes*”- (56 itens) (N=133)

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
3ai*- ...dura pouco tempo	0,668					
3av** - ...dura pouco tempo	-0,649					
3cv-...vai durar para o resto da vida	-0,637					
3bv-...cura completamente...	-0,632					
3ci-... vai durar para o resto da vida	0,619					
3bi-...cura completamente...	0,563					
7ai-...podem acontecer só aos diabéticos...	0,508					-0,445
7av-...podem acontecer só aos diabéticos...	-0,472					0,451
3dv-...aparece e desaparece	-0,460					
1bi-...a pessoa ter muita sede	0,434					
1bv-...a pessoa ter muita sede						
3di-...aparece e desaparece						
2ei-...não descansar o suficiente						
2ev-...não descansar o suficiente						
6ci-...é importante vigiar a TA		0,695				
6cv-...é importante vigiar a TA		-0,659				
7bi-...podem ser evitados ou atrasados...		0,595				
4ci-...é importante andar a pé diariamente...		0,564				
4cv-...é importante andar a pé diariamente..		-0,564				
7bv-...podem ser evitados ou atrasados...		-0,544				
7ci-...podem surgir sem o diabético...		0,452				
4av-...uma alimentação saudável...		-0,424				
4ai-...uma alimentação saudável...						
2ai-...ter peso a mais			0,673			
2av-...ter peso a mais			-0,622			
1av-...ter açúcar a mais no sangue			-0,590			
2cv-...ter pouca actividade física			-0,589			
1ai-...ter açúcar a mais no sangue			0,573			
2ci-...ter pouca actividade física			0,565			
5av-...não pode fazer ginástica			-0,454		-0,401	
5ai-...não pode fazer ginástica			0,448		0,429	
2bv-...fazer uma alimentação pouco saudável			-0,410			
5bi-...nunca pode comer bolos						
1cv-...o nosso corpo produzir sempre insulina..				-0,634		
1ci-...o nosso corpo produzir sempre insulina..				0,621		
6dv-...açúcar no sangue devem estar...baixos				-0,588		
6di-...açúcar no sangue devem estar...baixos				0,522		
2di-...ter familiares com diabetes				0,514		
4dv-...não se deve comer massas				-0,513		
2dv-...ter familiares com diabetes				-0,509		
6bv-...açúcar...próximo dos valores normais				-0,488		
6bi-...açúcar...próximo dos valores normais				0,485		
2bi-...fazer uma alimentação pouco saudável		0,436		0,455		
4di-...não se deve comer massas				0,422		
6av-...deve praticar-se exercício físico...					-0,750	
6ai-...deve praticar-se exercício físico...					0,726	
4bv-...só deve comer três vezes por dia...					0,470	
4bi-...só deve comer três vezes por dia...					-0,424	
5cv-...não pode fazer viagens longas						0,536
7di-...só podem ser tratados depois do doente..						-0,528
6ei-...é importante avaliar a acetona na urina		0,401				-0,522
6ev-...é importante avaliar a acetona na urina		-0,401				
5ci-...não pode fazer viagens longas						-0,515
7dv-...só podem ser tratados depois do doente..						0,488
7cv-...podem surgir sem o diabético...		-0,437				0,448
5bv-...nunca pode comer bolos						
Variância explicada (total = 43,99%)	16,49	6,98	6,12	5,18	4,75	4,45
Eigenvalues	9,23	3,91	3,42	2,90	2,66	2,49

* Os itens assinalados com i pertencem à sub-escala do desconhecimento acerca da diabetes;

** Os itens assinalados com v pertencem à sub-escala dos conhecimentos acerca da diabetes.

Os resultados da análise dos componentes principais revelam uma associação dos itens, com sinais invertidos, das sub-escalas dos conhecimentos e do desconhecimento nas diferentes dimensões. No factor 1 saturam 10 itens relacionados com a dimensão *duração da doença*, com excepção dos itens 7ai e 7av que também saturam no factor 6, embora com carga factorial mais reduzida. O factor 2 inclui 11 itens, embora 2 dos itens (6ei e 7cv) saturam com carga superior no factor 6. Como o item 6ev só satura no factor 2, optámos por manter o mesmo item em sentido inverso (6ei) neste mesmo factor, embora com carga factorial mais reduzida. Do mesmo modo, optámos por manter o item 7cv neste factor, visto que o 7ci não satura no factor 6. O factor 2 parece representar a dimensão da *vigilância da doença e prevenção de complicações*. O factor 3 contempla 10 itens associados à dimensão *causas da doença e estilo de vida (actividade física e alimentação)*, com dois itens (5av e 5ai) a apresentar carga factorial inferior no factor 5 e o item 2bi a saturar também no factor 5 mas com carga factorial mais elevada. No factor 4 saturam 11 itens (tendo o item 2bi carga factorial inferior no factor 3) que estão essencialmente relacionados com o controlo da diabetes, mais especificamente em termos de *controlo da glicemia e dos hidratos de carbono*. O factor 5, essencialmente relacionado com a dimensão do *tratamento não medicamentoso*, apresenta 6 itens, mas dois deles (5av e 5ai) têm maior saturação factorial no factor 3. Por fim o factor 6 parece representar as *consequências da doença* e inclui 8 itens, dois dos quais (7av e 7ai) saturam com maior carga factorial no factor 1 e os outros 2 itens (6ei e 7cv), tal como já referido, embora com carga inferior mantêm-se no factor 2.

Verificámos que os itens 2ei/2ev, 5bi/5bv, 1bv e 3di não saturam em qualquer dos factores. Deve-se considerar a possibilidade de eliminar estes itens em futuros estudos de validade.

Através da análise das componentes principais do questionário observámos, que de um modo geral, os conhecimentos estão muito relacionados entre si, existindo no entanto alguma individualização em termos da dimensão duração e causa da diabetes. Quanto às restantes dimensões (identidade, controlo, tratamento, complicações, e limitações) que o questionário inicial previa, os diabéticos da amostra parecem não as individualizar, o que de certa forma nos parece ir de encontro à sobreposição que existe na diabetes entre estas várias dimensões, visto se encontrarem bastante relacionadas.

Na tabela 9 apresentámos as correlações entre as duas sub-escalas do “Questionário dos Conhecimentos da Diabetes”.

Tabela 9- Correlação entre a sub-escala dos Conhecimentos e a sub-escala do Desconhecimento do “*Questionário dos Conhecimentos da Diabetes*”

	Conhecimento	Desconhecimento
Conhecimentos		-0,908**
Desconhecimento	-0,908**	

p<0,001

Verifica-se uma correlação estatisticamente significativa, elevada e negativa, entre a sub-escala dos conhecimentos e a sub-escala do desconhecimento, confirmando a relação inversa entre ambas.

Estes primeiros dados de validação do QCD indicam que este questionário avalia adequadamente algumas dimensões dos conhecimentos sobre a diabetes, podendo ser utilizado a título experimental. No entanto, é necessário investigar melhor a validade ou não das três dimensões (sub-escalas) preconizadas, assim como a utilidade de alguns itens.

7.3. Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)- (Moss- Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002; adaptação portuguesa de Figueiras, Machado & Alves, 2002).

7.3.1 Versão Original

Questionário adaptado e validado por Moss-Morris e colaboradores, com o objectivo de avaliar a representação cognitiva e emocional da doença (Moss- Morris et al., 2002).

Esta escala surge do aperfeiçoamento do *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) de John Weinman e colaboradores, que foi desenvolvida para investigar as 5 componentes cognitivas da representação de doença do Modelo de auto-regulação de Leventhal, nomeadamente a identidade, duração, consequências, controlo/cura e causas, aplicado em doentes com diferentes patologias (Weinman et al., 1996). Face a algumas limitações em descrever as respostas das pessoas à sua doença, especificamente à resposta emocional que, de acordo com o modelo de auto-regulação de Leventhal, ocorre em paralelo com a resposta cognitiva, o IPQ-R foi alargado de modo a incluir as dimensões representação emocional e coerência de doença, melhorar a capacidade de aferir a duração (aguda/crónica) percebida da doença, acrescentando também a dimensão da duração cíclica. A dimensão controlo foi dividida em duas componentes: a dimensão controlo pessoal e controlo de tratamento, visto em determinadas patologias esta distinção poder ser importante (Horne, 1997).

Este questionário encontra-se dividido em 3 secções com as dimensões da Identidade e Causas separadas das restantes. Na primeira secção é pedido aos sujeitos que identifiquem, dos 14 sintomas, os experienciados, e que depois os associem ou não à sua diabetes. A sua soma constitui a sub-escala da identidade da doença. Quanto maior o valor obtido, mais forte é a identidade da doença. A segunda secção inclui 38 itens distribuídos em 7 sub-escalas: a duração aguda/crónica (6 itens), a duração cíclica (4 itens), as consequências (6 itens), o controlo pessoal (6 itens), o controlo de tratamento (5 itens), a coerência da doença (5 itens) e a representação emocional (6 itens). As respostas apresentam-se numa escala tipo Likert, podendo as respostas oscilar entre “discordo plenamente” a “concordo plenamente”. Alguns itens deverão ser invertidos. Na dimensão duração (aguda/crónica), quanto maior o valor obtido mais crónica é a percepção de doença, acontecendo o mesmo na dimensão duração cíclica, em que um valor mais alto está associado a uma percepção mais cíclica. Nas dimensões consequências e coerência de doença, um valor mais alto indica uma percepção mais negativa das consequências e uma compreensão mais pobre da doença, respectivamente. Nas sub-escalas controlo pessoal e controlo de tratamento, um valor mais elevado relaciona-se com uma maior percepção do controlo pessoal do doente sobre a sua doença assim como uma maior percepção do controlo de tratamento.

A terceira secção é constituída por 18 causas possíveis de doença e as respostas encontram-se igualmente apresentadas numa escala de Likert, como na secção anterior. Quanto maior o valor obtido, maior a concordância com a atribuição causal. Por último é pedido ao doente que hierarquize as 3 possíveis causas da sua diabetes, podendo utilizar as referenciadas anteriormente, ou outras que considere responsáveis pelo aparecimento da sua doença.

No estudo de validação, o IPQ-R foi aplicado a amostras de doentes com asma, diabetes, artrite reumatóide, dor crónica, dor aguda, enfarte do miocárdio, esclerose múltipla e HIV (Moss- Morris et al., 2002). Os 38 itens da 2.^a secção foram submetidos a análise das componentes principais que revelaram 7 factores que explicaram 64% da variância total da sub-escala. Os valores do alfa de Cronbach nas 7 sub-escalas demonstraram uma boa consistência interna, com valores de alfa a variarem entre 0,79 na dimensão duração cíclica e 0,89 na dimensão duração aguda/crónica. Foi igualmente realizada uma Análise das Componentes Principais para as causas da doença, que através da rotação varimax revelou 4 factores (atribuições psicológicas: $\alpha=0,86$; factores de risco: $\alpha=0,77$; imunidade: $\alpha=0,67$ e sorte ou acidente: $\alpha=0,23$), explicando 57% do total da variância. Relativamente à sub-escala da identidade, o teste *t* evidenciou uma diferença significativa entre os sintomas

experienciados e os associados à doença, demonstrando a diferença entre a somatização e a identidade.

A consistência interna da escala total foi indicada por um alfa de Cronbach de 0,75. Os coeficientes de correlação de Pearson apontaram de um modo geral para algumas inter-relações que parecem ter lógica: crenças no controlo pessoal e de tratamento estão correlacionadas inversamente com crenças menos positivas acerca da duração, consequências e representação emocional. O controlo e a coerência estão relacionadas forte e positivamente uma com a outra, e foram associadas negativamente com representação emocional. Há também uma correlação positiva entre a identidade da doença e as atribuições causais, o que sugere que as pessoas que experienciam mais sintomas têm tendência a atribuir mais causas à sua doença. Deste modo, o IPQ-R apresenta boas propriedades psicométricas (Moss- Morris et al., 2002).

7.3.2. Características Psicométricas na População Portuguesa (Traduzida e Adaptada por Figueiras, Machado & Alves, 2002)

A versão Portuguesa do IPQ foi estudada em 130 doentes com o diagnóstico de Enfarte do Miocárdio (Figueiras, 1999). Os coeficientes de consistência interna foram de 0,83 na dimensão identidade, 0,73 na dimensão consequências e 0,62 na dimensão controlo/cura. Nas dimensões duração e atribuições causais não foram avaliados os valores de alfa de Cronbach.

Posteriormente, foi desenvolvida a versão Portuguesa do IPQ-R (Anexo III), que foi aplicada a 31 casais de nacionalidade portuguesa em que um dos cônjuges sofria de cefaleias crónicas (Figueiras, Machado & Alves, 2002). Neste estudo somente 8 dimensões foram incluídas (identidade, duração aguda/crónica, consequências, controlo do tratamento, controlo pessoal, coerência de doença, representação emocional e atribuições causais). Alguns itens foram retirados no sentido de melhorar a consistência interna: na dimensão duração foi retirado um item; na dimensão de controlo pessoal e de tratamento foram excluídos 2 e 3 itens, respectivamente. Os coeficientes de consistência interna variaram entre 0,55 (controlo de tratamento) e 0,83 (representação emocional) nos doentes afectados com cefaleias, e entre 0,65 (consequências) e 0,85 (duração) nos seus cônjuges. O IPQ-R foi igualmente aplicado e validado numa amostra de 385 doentes oncológicos revelando valores de alfa de Cronbach que variaram entre 0,65 a 0,84. A validade de construto foi verificada através da Análise das Componentes Principais e confirma a estrutura da escala proposta pelos autores (Santos, Ribeiro & Lopes, 2003).

7.3.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Uma vez que já existem estudos de validação e fidelidade em amostras portuguesas, optámos por fazer um estudo limitado das características psicométricas nos doentes diabéticos, tendo em vista o desenvolvimento de alguns dados de referência para estudos futuros e a comparação com os estudos existentes deste grupo de doentes crónicos.

a) Fidelidade

Para estudarmos a fidelidade da escala na nossa amostra calculamos o coeficiente alfa de Cronbach para cada uma das sub-escalas (38 itens). Os valores encontrados nas 7 sub-escalas são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10- Resultados da avaliação da consistência interna do IPQ-R na amostra em estudo
(N=133)

IPQ-R (sub-escalas)	Alfa (α) de Cronbach
Duração (aguda/crónica) – 6 itens	0,80
Consequências – 6 itens	0,68
Controlo pessoal – 6 itens	0,50
Controlo de tratamento - 5 itens	0,49
Coerência de doença – 5 itens	0,63
Duração cíclica – 4 itens	0,74
Representação emocional – 6 itens	0,84

Em termos de fidelidade e de acordo com Bowling (1994), o IPQ-R apresenta valores de alfa considerados aceitáveis ($>0,60$), excepto nas sub-escalas controlo de tratamento ($\alpha=0,49$) e controlo pessoal ($\alpha=0,50$) com valores inferiores. Na sub-escala controlo de tratamento os itens 20 e 22: “*o meu tratamento será eficaz na cura da minha doença*” e “*o meu tratamento pode ajudar a controlar a minha doença*”, mostraram baixas correlações ($r<0,20$) com os restantes itens da sub-escala, talvez devido à pouca variabilidade encontrada nas respostas. Embora a sub-escala da coerência da doença apresente um alfa de 0,63, foi notória a baixa correlação do item 27 ($r<0,10$) “*a minha doença não faz qualquer sentido para mim*”.

Os dados encontrados são aceitáveis para a finalidade deste estudo.

b) Validade

Para analisarmos a relação entre os itens das 7 sub-escalas realizamos a correlação de Pearson (Tabela 11).

Tabela 11- Correlações entre as sub-escalas consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, coerência de doença, duração cíclica, representação emocional e duração aguda/crónica do IPQ-R

Sub-escalas	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Consequências	-	-0,024	-0,176*	0,342**	0,383**	0,546**	0,233**
2. Controlo pessoal		-	0,321**	-0,166	0,042	-0,113	0,110
3. Controlo de tratamento			-	-0,139	0,026	-0,174*	-0,247**
4. Coerência de doença				-	0,281**	0,441**	0,044
5. Duração cíclica					-	0,433**	0,020
6. Representação emocional						-	0,087
7. Duração aguda/crónica							-

* p<0,05; **p<0,01

Quanto às consequências da doença, verifica-se uma correlação significativa, positiva e moderada com a representação emocional; significativa, positiva e baixa com a coerência de doença, a duração aguda/crónica e cíclica; significativa, negativa e muito baixa com o controlo de tratamento. Isto sugere que piores consequências percebidas, estão associadas a emoções mais negativas, compreensão mais pobre da doença, maior cronicidade e periodicidade da diabetes e um menor controlo de tratamento. No controlo pessoal, verificámos a existência de uma correlação positiva e fraca com o controlo de tratamento, isto é, quanto maior a percepção de controlo pessoal sobre a doença, maior a do tratamento. Por sua vez, existe uma correlação significativa e negativa entre o controlo de tratamento e a representação emocional (associação muito fraca) e a duração aguda/crónica (associação fraca). Assim, a uma maior percepção de controlo de tratamento estão associadas emoções mais positivas e menor cronicidade da doença.

Relativamente à coerência de doença, existe uma fraca, positiva e significativa correlação com a duração cíclica e uma associação significativa, positiva e moderada com a representação emocional. Assim, uma pobre compreensão da diabetes está associada a uma maior periodicidade da doença e a emoções mais negativas. Do mesmo modo, a duração cíclica correlaciona-se positiva e moderadamente com a representação emocional (emoções menos positivas estão associadas a uma maior periodicidade da diabetes).

Em suma, a tabela de intercorrelações indica associações esperadas entre as várias dimensões do IPQ-R, mas também alguma especificidade nos seus conteúdos.

Na terceira secção da escala, para conhecermos quais os grandes grupos que a amostra atribuiu como factor de causalidade, procedemos à Análise das Componentes Principais com selecção de valores próprios ou específicos (Eigenvalues) superiores a 1. Para aumentar a saturação dos itens foi realizada uma rotação ortogonal pelo método varimax. Foram também seleccionados somente os itens com carga factorial superior a 0,40. A Tabela 12 apresenta os factores encontrados, bem como a respectiva carga factorial dos itens, valores próprios ou específicos, variância e coeficiente alfa dos factores.

Tabela 12- Análise das Componentes Principais das atribuições causais da IPQ-R - (N=133)

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Atribuições psicológicas					
1. Stress ou preocupação	0,81				
8. O meu estado emocional	0,68				
17. Problemas familiares ou preocupações	0,62				
9. O meu próprio comportamento	0,43		0,43		0,41
Susceptibilidade biológica					
14. Um micróbio ou um vírus		0,78			
4. Excesso de peso		0,60			
16. Alteração das defesas do organismo		0,52			
11. Acidente ou lesão		0,48			
10. Pouca assistência médica no passado		0,47		0,42	
Factores internos e poluição					
7. Poluição do ambiente			0,67		
12. A minha personalidade			0,65		
15. A minha atitude mental	0,43		0,61		
Factores de risco específicos					
2. Hereditariedade			0,40	0,40	
6. Tipo de alimentação				0,79	
13. envelhecimento				0,51	
Factores de risco genérico					
3. fumar					0,65
5. influencia do destino ou má sorte					- 0,65
18. Excesso de trabalho					0,41
Variância explicada (total =55,73 %)	26,64	8,99	8,12	6,11	5,85
Valores próprios ou específicos (Eigenvalues)	4,79	1,62	1,46	1,10	1,05
Alfa de Cronbach	0,70	0,67	0,65	0,47	0,32

Obtivemos uma solução com 5 factores que explicam 55,73% da variância total da escala. O primeiro factor, que explica 26,64% da variância e com um alfa de 0,70, inclui 4 itens da escala que correspondem a factores psicológicos (stress ou preocupação, o meu estado emocional, problemas familiares ou preocupações, o meu próprio comportamento), pelo que denominámos de “*Atribuições psicológicas*”. O segundo factor, que inclui 5 itens e que explica 8,99% da variância da escala, inclui 3 itens que se relacionam com a susceptibilidade pessoal à doença (um micróbio ou um vírus, excesso de peso, alteração das defesas do organismo), inclui ainda o acidente ou lesão e a pouca assistência médica no passado. Esta

sub-escala foi denominada “*Susceptibilidade biológica*” e tem um alfa de 0,67. O terceiro factor, com um alfa de 0,65, inclui 3 itens que dizem respeito à poluição do ambiente, à personalidade e à atitude mental, tendo sido apelidados por “*Factores internos e poluição*”. O quarto factor, que denominámos por “*Factores de risco específicos*”, comporta três itens: a hereditariedade, o tipo de alimentação e o envelhecimento, e apresenta um alfa de 0,47. Por último temos os “*Factores de risco genérico*”, que inclui os factores causais relacionados com o fumar, a influencia do destino ou má sorte e o excesso de trabalho. Como o destino ou má sorte, apresentava uma correlação negativa com os restantes itens do mesmo factor, procedeu-se à inversão da sua cotação.

Em resumo, comparando os nossos resultados com os estudos referenciados (Figueiras et al., 2002; Moss-Morris et al., 2002; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003), verificámos que em termos de fidelidade os coeficientes de consistência interna são aceitáveis, indicando que poderemos interpretar os dados obtidos neste estudo com alguma confiança.

7.4. *The Hospital Anxiety And Depression Scale (HADS)*- (Zigmond & Snaith 1983; versão portuguesa traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999).

7.4.1. Versão Original

É uma escala de auto-avaliação que tem como objectivo detectar estados de ansiedade e depressão em doentes em regime ambulatorio de um hospital geral, seleccionando apenas sintomas psicológicos (eliminando o efeito somativo da comorbilidade, em que os sintomas de âmbito somático são simultaneamente expressão de doença física ou psíquica). É composta por duas sub-escalas, uma de ansiedade e outra de depressão, cada uma delas com 7 itens. Para cada item há 4 possíveis respostas, cotadas de 0 a 3, em que o valor 0 reflecte menor gravidade e o valor 3 maior gravidade.

As pontuações globais indicam a presença ou ausência de problemas: valores iguais ou inferiores a 7 não são valorizados, de 8 a 10 são considerados duvidosos e iguais ou acima de 11 são indicativos de ansiedade e depressão (Bowling, 1994).

Os autores aplicaram a escala a 100 sujeitos adultos de ambos os sexos, que sofriam de diferentes patologias de foro médico e demonstraram a sua consistência interna através das correlações de Spearman, com valores que oscilaram entre 0,41 a 0,76 ($p < 0,01$) para a sub-escala da ansiedade e entre 0,30 a 0,60 ($p < 0,02$) para a da depressão. A validade foi testada

através da correlação de Spearman entre os valores das 2 sub-escalas assim como em entrevistas psiquiátricas tendo obtido boa significância tanto para a depressão como para a ansiedade ($p < 0,001$) (Zigmond & Snaith, 1983).

7.4.2. Características Psicométricas na População Portuguesa (traduzida e adaptada por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999).

A versão portuguesa (Anexo IV) foi aplicada a uma amostra de doentes após Enfarte de miocárdio, num estudo longitudinal realizado em 5 momentos distintos: 4.º dia do internamento (111 sujeitos); momento da alta (187 sujeitos); 2 semanas após a alta (100 sujeitos); 3 meses após a alta (114 sujeitos) e 6 meses após a alta (60 sujeitos). Os coeficientes de alfa de Cronbach variaram entre 0,75 a 0,90 na sub-escala da ansiedade e entre 0,75 a 0,85 na sub-escala da depressão (McIntyre et al., no prelo) .

7.4.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Uma vez que não existem dados até à data em doentes portugueses com diabetes, optou-se por realizar um estudo de fidelidade e validade que poderá servir de ponto de referência para estudos futuros.

a) Fidelidade

Para determinar a consistência interna no nosso estudo (133 diabéticos tipo 2), calculamos os coeficientes alfa de Cronbach (Tabela 13).

Tabela 13- Resultados da avaliação da consistência interna das sub-escalas da ansiedade (n=131) e da depressão (n=130) da HADS, na amostra em estudo

HADS (sub-escalas)	Média	Desvio Padrão	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
Ansiedade ($\alpha=0,82$)				
item A	1,62	1,00	0,56	0,79
item C	1,09	1,22	0,56	0,80
item E	1,38	1,05	0,64	0,78
item G	1,10	0,93	0,56	0,79
item I	0,76	1,05	0,55	0,80
item K	1,31	1,14	0,52	0,80
item M	0,57	0,92	0,55	0,80
Depressão ($\alpha=0,78$)				
item B	0,56	0,86	0,48	0,76
item D	0,79	0,94	0,68	0,73
item F	1,10	0,95	0,68	0,73
item H	1,21	1,11	0,34	0,79
item J	0,70	0,99	0,52	0,75
item L	0,75	1,05	0,61	0,74
item N	0,98	1,09	0,34	0,79

Os resultados obtidos revelam uma boa consistência interna das duas sub-escalas, com os coeficientes de correlação dos itens com o total das sub-escalas superiores a 0,52 e 0,34 na sub-escala da ansiedade e da depressão, respectivamente.

b) Validade

De modo a confirmar se a validade de construto da escala na nossa amostra se assemelha à escala original realizamos a Análise das Componentes Principais com rotação ortogonal pelo método varimax, com definição prévia de dois factores. Consideramos somente os itens com carga factorial superior a 0,40 (Tabela 14).

Tabela 14- Análise das Componentes Principais do Questionário HADS

Itens	Factor 1 (ansiedade)	Factor 2 (depressão)
A- Sinto-me tenso	0,74	
B- Ainda gosto das coisas que costumava gostar		0,66
C- Tenho uma sensação de medo como se algo...	0,53	
D- Consigo rir-me e ver o lado divertido...	0,45	0,61
E- Tenho preocupações que me passam...	0,65	
F- Sinto-me alegre	0,53	0,56
G- Posso sentar-me á vontade e sentir-me relaxado	0,49	0,55
H- Sinto-me mais lento ou vagaroso	0,64	
I- Sinto uma espécie de medo, como se...	0,51	
J- Perdi o interesse pela minha aparência		0,69
K- Sinto-me inquieto, como se tivesse...	0,76	
L- Antecipo as coisas com satisfação		0,70
M- Tenho sentimentos súbitos de pânico		0,51
N- Consigo apreciar um bom livro...		0,66
Variância explicada (total =51,15 %)	40,56	9,58
Valores próprios ou específicos (Eigenvalues)	5,67	1,34

A percentagem de variância explicada na nossa amostra é ligeiramente superior à encontrada no estudo de validação do HADS a ser efectuado em doentes com enfarte do miocárdio (48,65% de variância explicada), após três meses da alta (McIntyre et al., no prelo).

Pela Análise das Componentes Principais verificamos que o primeiro factor engloba os 6 dos 7 itens que fazem parte da sub-escala da ansiedade, tendo porém o item M carga factorial somente no factor 2. No estudo da consistência interna, o item M apresentou uma média baixa. É ainda possível que nesta amostra os sintomas de pânico sejam associados a um quadro depressivo, mais do que um quadro ansioso. O segundo factor também engloba 6 dos 7 itens da sub-escala da depressão com excepção do item H, que embora seja um item da depressão satura no factor 1. O item G não é muito discriminativo entre a ansiedade e a depressão. Estes itens devem ser revistos em estudos futuros para verificar o seu comportamento, especialmente em estudos com diabéticos.

Apesar destas excepções, esta solução é muito próxima da solução factorial preconizada, e mostra que existe realmente uma diferenciação na percepção dos utentes entre estes dois agrupamentos de sintomas (ansiedade e depressão).

Procedemos à análise da correlação de Pearson entre os valores obtidos na sub-escala da ansiedade e depressão. Encontrámos uma correlação significativa entre a ansiedade e a depressão ($r=0,66$; $p<0,01$).

Verificamos que os dados encontrados nesta amostra apontam para boas características de fidelidade e validade de construto sugerindo a possível utilização futura do HADS com doentes diabéticos. No entanto, aconselha-se a estudos mais aprofundados da validade, fidelidade e teste-reteste.

7.5. *Cuidados Pessoais com a Diabetes- CPD* (Toobert & Glasgow, 1994; versão portuguesa adaptada por Correia & McIntyre, 2000).

7.5.1. Versão Original

A primeira versão do questionário foi usada por Schafer e colaboradores (1983) e Glasgow e colegas (1987). A versão utilizada neste estudo foi desenvolvida por Deborah Toobert e Russel Glasgow (1993) (Anexo V).

É uma escala de auto-relato com um total de 12 itens, que permite medir a frequência das actividades realizadas pelo diabético nas diferentes áreas do seu tratamento: a alimentação, o exercício físico, o teste à glicose e a medicação. Para cada área do regime, os itens foram construídos de forma a medir os níveis absolutos do comportamento do autocuidado mas também a adesão a prescrições individuais, envolvendo a comparação dos comportamentos de autocontrolo com a prescrição percebida (Toobert & Glasgow, 1994). A adesão e os níveis de autocontrolo alimentar são avaliados através de 5 itens, dois dos quais são referentes à dieta quantidade e os restantes três estão relacionados com a dieta tipo. O exercício (3 itens) é definido não só em termos de níveis absolutos de actividade como também de adesão. O teste de glicose e a medicação (2 itens cada), são examinados também em termos absolutos e na percentagem de actividades recomendadas e que foram efectivamente efectuadas. As sub-escalas da dieta tipo e dieta quantidade obtêm-se somando os respectivos itens, após a inversão de alguns. No estudo efectuado pelos autores, a sub-escala da medicação não foi trabalhada pois cerca de um quarto da sua amostra não tomava medicação específica para a diabetes.

Todas estas actividades se reportam aos últimos 7 dias que precedem o preenchimento da escala, pois devido à variação do comportamento do diabético ao longo do tempo, pretende-se obter uma estimativa estável. Os valores brutos de cada medida são convertidos

em pontuações “standard” tendo como média 0 e desvio padrão 1 (notas z), com a finalidade de comparar as diferentes áreas avaliadas, devido à diversidade de escalas utilizadas.

a) Fidelidade

Para avaliar a consistência interna, porque cada sub-escala tem um numero pequeno e diferente de itens (sendo o valor do coeficiente de alfa de Cronbach proporcional ao número de itens), os autores analisaram a média das correlações inter-itens, numa amostra de 102 diabéticos, tendo obtido os seguintes resultados: dieta quantidade- 0,66; dieta tipo- 0,20; exercício físico- 0,74 e glicose- 0,76 (Toobert & Glasgow, 1994). Do mesmo modo, outros dois estudos desenvolvidos pelos autores, mostraram que a média de correlações inter-itens em cada sub-escala do CPD geralmente foi elevada ($>0,50$).

b) Validade

Com vista a determinar a validade de construto, foi realizada a análise factorial através do método oblimin. Foram obtidos três factores que explicam entre 70% a 80% do total da variância: o primeiro integra os itens referentes às sub-escalas dieta quantidade e dieta tipo, o segundo contempla os itens do exercício físico e o terceiro factor diz respeito ao teste da glicose (Toobert & Glasgow, 1994).

7.5.2. Características Psicométricas na População Portuguesa (adaptado por Correia e McIntyre, 2000)

O estudo de validação desta escala foi realizado com 80 sujeitos (utentes de um Hospital Central e de um Centro de Saúde) com diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2 (Correia, 2003). Tal como na versão original, a sub-escala da medicação não foi analisada.

a) Fidelidade

Do mesmo modo da versão original, a consistência interna foi avaliada através da média das correlações inter-itens, obtendo as seguintes correlações nas sub-escalas: dieta quantidade (2 itens)- 0,38; dieta tipo (3 itens)- 0,25; exercício físico (3 itens)- 0,54 e teste à glicose (2 itens)- 0,25 (Correia, 2003). Estes resultados vão de encontro aos do estudo original

em que os itens da sub-escala do exercício físico tiveram uma correlação inter-item mais elevada enquanto as das sub-escalas dieta tipo e teste à glicose foram baixas.

b) Validade

A validade de construto foi analisada através da Análise de Componentes Principais, com rotação oblíqua, que revelou três factores que explicaram 62,4% da variância total. O factor 1 correspondeu à dieta tendo associado 4 dos seus 5 itens e explicou 29,8% da variância. O factor 2, com três itens reportou-se ao exercício físico e explicou 20,3% de variância. O terceiro factor integrou os dois itens do teste à glicose e explicou 12,2% da variância (Correia, 2003). Estes resultados vão de encontro aos verificados na escala original sugerindo que os itens da dieta se associem numa só escala.

7.5.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

No sentido de verificar se a escala dos CPD na nossa amostra se comporta de modo semelhante aos estudos anteriormente referenciados, fizemos o estudo da fidelidade e validade de construto. A sub-escala da medicação foi utilizada (pois somente 6,8% diabéticos não faziam medicação). Porém, só um dos dois itens foi incluído (o item referente aos antidiabéticos orais) visto a maioria da amostra não necessitar de insulina injectável.

a) Fidelidade

Avaliamos a consistência interna através da média das correlações inter-itens (Tabela 15).

Tabela 15- Média das Correlações inter-itens para as sub-escalas do CPD

Sub-escalas	r de Pearson
Dieta quantidade (2 itens)	0,43
Dieta tipo (3 itens)	0,22
Exercício físico (3 itens)	0,42
Teste à glicose (2 itens)	0,70

Os resultados da fidelidade da nossa amostra são bastante semelhantes aos de Correia, com excepção dos do teste de glicose que são mais elevados e mais semelhantes à versão

original. À semelhança dos dados da versão original e adaptada, a sub-escala dieta tipo teve uma baixa correlação inter-item.

b) Validade

No sentido de confirmar se a validade de construto da escala utilizada nos indivíduos diabéticos desta amostra, vai de encontro à proposta pelos autores, procedemos à Análise de Componentes Principais com rotação oblíqua e com definição prévia de 3 factores, de modo a aproximarmo-nos da versão original (Tabela 16).

Tabela 16- Análise das Componentes Principais do Questionário “*Cuidados Pessoais com a Diabetes*” (N=133)

Itens	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Dieta quantidade			
1.Quantas vezes seguiu a dieta recomendada....	0,85		
2. Que % de tempo conseguiu reduzir as suas calorias...	0,54		
Dieta tipo			
3. Que % nas refeições incluiu comida com muita fibra...	0,67		
4. Que % nas refeições incluiu comida com muita gordura...		0,56	
5. Que % nas refeições incluiu doces e sobremesas...	0,65		0,54
Exercício físico			
6. ...Quantos dias fez 20 minutos de actividade física			-0,38
7. Que % de tempo fez a quantidade de exercício recomendada....			-0,83
8. Quantos dias participou numa act. física para além do que costuma...	0,31		-0,81
Teste à glicose			
9. ...Quantos dias fez o teste de açúcar ao sangue		0,86	
10. ...Quantos dias fez o teste de açúcar ao sangue que o medico recomendou		0,87	
Medicação			
11. ... do n.º de comprimidos recomendados...é que realmente tomou	0,37	-0,30	
Variância explicada (total =57,49%)	24,68	18,15	14,65
Valores próprios ou específicos (Eigenvalue)	2,71	1,99	1,61

A estrutura factorial da escala parece estar de acordo com os dados nacionais e estrangeiros.

O primeiro factor diz respeito à dieta, tal como nos estudos analisados e engloba 4 dos 5 itens. O segundo factor engloba os 2 itens do teste à glicose. O terceiro factor inclui os três itens do exercício físico. Verificámos que a medicação satura em dois factores apresentando uma baixa carga factorial , parecendo não se associar especificamente a nenhum factor. Por tal, considerámos retirar esta sub-escala. Os resultados aqui obtidos parecem ir de encontro aos originais e aos de Correia, sugerindo que a dieta se agrupe numa sub-escala única.

Os dados obtidos por Correia e na amostra em estudo reflectem boas características psicométricas da escala em diabéticos portugueses, sugerindo que esta pode ser utilizada com confiança em estudos futuros.

8. ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Após a colheita dos dados estes foram lançados numa base de dados informatizada e processados através do programa de estatística SPSS (*Statistical Program for Social Sciences – versão 11.0*).

A sua análise estatística compreendeu, numa primeira fase, uma análise descritiva com valores das frequências absolutas e relativas, de dispersão e de tendência central.

Na caracterização socio-demográfica e clínica da amostra de acordo com o sexo, utilizámos o teste do qui-quadrado para as variáveis do tipo nominal e o teste de *t* de Student para a comparação de médias dos dois grupos. Para o tratamento das variáveis contínuas, foi utilizada estatística paramétrica, após assumida a normalidade de distribuição da amostra.

Nas variáveis quantitativas, para determinarmos o sentido e força da associação entre duas variáveis utilizamos os testes de correlação (correlação bivariada de Pearson). Para testar as três hipóteses procedeu-se ao estudo das correlações de Pearson e realizaram-se análises de regressão hierárquica para investigar a percentagem da variância explicada pelas variáveis preditoras (demográficas e psicossociais) nas variáveis de resultado (sub-escalas do questionário do CPD e hemoglobina glicosilada).

Nos resultados dos testes de hipóteses, o limite inferior de significância assumido foi de $p < 0,05$ (grau de confiança de 95%), rejeitando-se a hipótese nula sempre que a probabilidade do erro tipo I fosse inferior a este valor.

Para estudarmos o efeito das variáveis demográficas e clínicas nas variáveis psicossociais e nos cuidados pessoais com a diabetes realizaram-se testes multivariados (MANOVA).

B. RESULTADOS

Passamos a fazer a descrição dos resultados em duas partes. Na primeira, descreveremos os resultados obtidos nas escalas utilizadas (Questionário dos Conhecimentos da Diabetes- QCD; *Revised Illness Perception Questionnaire* - IPQ-R; *The Hospital Anxiety and Depression Scale*- HADS; Cuidados Pessoais com a Diabetes- CPD), de modo a dar resposta aos objectivos desta investigação, caracterizando a amostra de diabéticos tipo 2, nestas variáveis. Na segunda parte apresentamos os dados relativos aos testes de hipóteses e por fim os relacionados com as análise exploratórias.

A interpretação dos resultados encontrados será reservada para o capítulo da discussão.

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE DIABÉTICOS DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS ESTUDADAS

1.1. Caracterização dos Diabéticos de Acordo com a Variável Conhecimentos sobre a Diabetes

Pretendemos identificar quais os conhecimentos reais que os diabéticos possuem assim como o seu desconhecimento (incertezas) nas diferentes dimensões que constituem este questionário (Tabela 17 e 18). Não são apresentados os falsos conhecimentos (ou mitos) visto terem uma baixa frequência, pois a maior parte dos participantes com duvidas de resposta optaram por assinalar “*não sei*”. Com vista a identificar o valor relativo das várias dimensões, utilizamos as médias ponderadas por cada numero de itens (médias a dividir pelo numero de itens).

Tabela 17- Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) dos Conhecimentos da Diabetes nas diferentes dimensões do QCD (N=133)

Dimensões	N.º itens	<u>M</u> (<u>DP</u>)	Média ponderada
Identidade	3	1,54 (0,88)	0,51
Causas	5	2,72 (1,43)	0,54
Duração	4	2,96 (1,22)	0,74
Tratamento	4	3,24 (0,77)	0,81
Limitações	3	2,06 (0,85)	0,68
Controlo	5	3,57 (1,10)	0,71
Complicações	4	2,91 (1,00)	0,72

Em geral, as médias ponderadas indicam que os diabéticos desta amostra possuem conhecimentos razoáveis ou bons nas várias áreas avaliadas. Verificámos que a dimensão onde os diabéticos evidenciam maior nível de conhecimentos é a referente ao tratamento (M=0,81). A identidade e as causas são as dimensões em que os diabéticos apresentam menos conhecimentos (M=0,51 e M=0,54, respectivamente).

Tabela 18- Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) do Desconhecimento nas diferentes dimensões do QCD (N=133)

Dimensões	N.º itens	<u>M</u> (<u>DP</u>)	Média ponderada
Identidade	3	1,11 (0,82)	0,37
Causas	5	1,48 (1,39)	0,29
Duração	4	0,60 (0,99)	0,15
Tratamento	4	0,30 (0,66)	0,07
Limitações	3	0,33 (0,61)	0,11
Controlo	5	1,18 (1,10)	0,23
Complicações	4	0,67 (0,93)	0,16

Estes resultados confirmam os anteriormente apresentados: os aspectos relacionados com a identidade da doença são aqueles onde os diabéticos apresentam maiores duvidas, ao contrário do tratamento, em que não se verificam muitas incertezas.

Para além do questionário dos conhecimentos ainda colocámos questões adicionais. Os participantes referem que a maior parte da informação acerca da diabetes foi fornecida pela

equipa de saúde (pessoal médico- 97,7%; pessoal de enfermagem- 91,0%, outros técnicos- 6,8%), pelos meios audiovisuais como a televisão, revistas e jornais (58,6%), através dos familiares (28,6%), amigos/vizinhos (27,8%) e por iniciativa própria (17,3%). Esta informação permitiu que a maior parte da amostra referisse ter conhecimentos suficientes acerca da alimentação (85%), da medicação (91,7%) e do exercício físico (85,7%).

Os diabéticos que referiram não ter recebido informação suficiente acerca da tríade terapêutica para lidar com a sua doença, gostariam de saber aspectos mais práticos e adaptáveis à sua condição, nomeadamente sobre alimentação (n=18)- alimentos aconselhados, a evitar, modo de os conjugar/associar nas refeições, sobre o tipo de exercício físico a praticar (n=13) e outros medicamentos que contribuam para o controlo da doença (n=2).

1.2. Caracterização dos Diabéticos de Acordo com as Variáveis de Representação de Doença

Passaremos de seguida a descrever os resultados encontrados nas dimensões da representação de doença (IPQ-R).

Sub-escala Identidade da doença

Relativamente à primeira secção da escala do IPQ-R - a Identidade da doença (constituída por 14 itens)- os resultados encontrados figuram na Tabela 19.

Tabela 19- Pontuações da sub-escala- Identidade da doença

Sintomas	% Sintomas experienciados desde o início da diabetes	% Sintomas relacionados com a sua diabetes
Dores	50	21,2
Dores de garganta	15	15
Náusea	22,6	33,3
Falta de ar	34,6	15,2
Perda de peso	30,1	40
Fadiga (cansaço)	73,7	29,2
Rigidez das articulações	53,4	17,4
Olhos inflamados	30,8	48,7
Dificuldade em respirar	27,1	16,2
Dores de cabeça	45,9	25,8
Indisposição do estômago	23,3	19,4
Dificuldade em dormir	55,6	24,3
Tonturas	48,9	37,5
Perda de forças	54,9	28,8

Os três sintomas mais experienciados pelos diabéticos da amostra foram a fadiga (73,7%), a dificuldade em dormir (55,6%) e a rigidez nas articulações (53,4%). Contudo, os sintomas mais associados à sua diabetes foram: os olhos inflamados (48,7%), a perda de peso (40%) e as tonturas (37,5%). Os sintomas menos identificados com a diabetes foram as dores de garganta (15%) e a falta de ar (15,2%).

Na Tabela 20 encontram-se representados os resultados das médias obtidas na segunda secção do IPQ-R, indicando a representação da diabetes de acordo com as várias dimensões que constituem este questionário.

Tabela 20- Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) de 7 sub-escalas do IPQ-R na amostra

Sub-escalas	N.º itens	<u>M</u> (<u>DP</u>)	Média ponderada
Duração (n=132)	6	22,58 (3,23)	3,76
Consequências (n=131)	6	17,45 (3,53)	2,90
Controlo pessoal (n=133)	6	21,41 (2,33)	3,56
Controlo de tratamento (n=133)	5	17,24 (2,20)	3,44
Coerência de doença (n=132)	5	13,65 (2,88)	2,73
Duração Cíclica (n=133)	4	12,27 (2,74)	3,06
Representação emocional (n=132)	6	18,74 (4,39)	3,12

Analisando os valores médios obtidos em cada sub-escala do IPQ-R, podemos verificar que os diabéticos desta amostra tendem a apresentar uma percepção crónica e com alguma variabilidade de sintomas da sua diabetes. Também tendem a ter uma razoável compreensão da doença. Relativamente ao controlo pessoal e controlo de tratamento, os participantes percebem um controlo razoável. Quanto à representação emocional os valores médios apontam para uma percepção negativa da diabetes.

Na sub-escala das causas, era questionado aos participantes da amostra que atribuísem, por ordem de importância, os três factores por eles considerados como causa do aparecimento da sua diabetes. Para tal, os diabéticos podiam seleccionar de entre os anteriormente descritos na escala, ou mencionar outros que considerassem prioritários. A Tabela 21 apresenta, por ordem hierárquica, os factores atribuídos pelos diabéticos como possíveis causadores da sua doença.

Tabela 21 - Factores considerados pelos diabéticos como causadores da sua doença, por ordem hierárquica

Factores etiológicos da diabetes					
Factor primário		Factor Secundário		Factor terciário	
	n %		n %		n %
1.Hereditariedade	32 (24,1)	1.Tipo de alimentação	31 (23,3)	1.Tipo de alimentação	13 (9,8)
2.Tipo de alimentação				2.Pouca assistência médica	11 (8,3)
	29 (21,8)	2.Stress ou preocupação	18 (13,5)	3.Envelhecimento	10 (7,5)
3.Stress ou preocupação	11 (8,3)	3.Excesso de peso	10 (7,5)	3.Stress ou preocupação	10 (7,5)
4.Doença ou lesão	9 (6,8)	4.Hereditariedade	8 (6,0)		
5.Tipo de alimentação-excesso de doces	8 (6,0)	5.Problemas familiares ou preocupações	8 (6,0)	4.Excesso de peso	9 (6,8)
		6.Pouca assistência médica	6 (4,5)	5.Destino ou má sorte	6 (4,5)
6.Destino ou má sorte	7 (5,3)	7.Excesso de trabalho	4 (3,0)	6.Estado emocional	6 (4,5)
7.Excesso de trabalho	6 (4,5)				
8.Problemas familiares ou preocupações	6 (4,5)	8.Poluição do ambiente	4 (3,0)	7.Excesso de trabalho	6 (4,5)
		9.Alterações das defesas do organismo	3 (2,3)		
9.Pouca assistência médica	5 (3,8)			8.Hereditariedade	5 (3,8)
		10.Destino ou má sorte	3 (2,3)	9.Alterações das defesas do organismo	4 (3,0)
10.Estado emocional	2 (1,5)	11.Envelhecimento	3 (2,3)	10.Fumar	4 (3,0)
11.Medicamentos	2 (1,5)	12.Estado emocional	2 (1,5)	11.Micróbio ou vírus	4 (3,0)
12.Personalidade	2 (1,5)	13.Micróbio ou vírus	2 (1,5)	12.Poluição do ambiente	2 (1,5)
13.Acidente	1 (0,8)			13.Problemas familiares ou preocupações	2 (1,5)
		14.Doença ou lesão	1 (0,8)		
14.Fumar	1 (0,8)	15.Excesso de medicação no passado	1 (0,8)	14.Acidente ou lesão	1 (0,8)
		16.Fumar	1 (0,8)	15.Comportamento	1 (0,8)
15.Micróbio ou vírus	1 (0,8)	17.Personalidade	1 (0,8)	16.Personalidade	1 (0,8)
16.Não sabe	9 (6,8)	18.Tipo de alimentação-excesso de doces	1 (0,8)		
		19.Não sabe	26 (19,5)	17.Não sabe	38 (28,6)

A hereditariedade surge como o factor ao qual os diabéticos atribuem maior responsabilidade na causa da sua doença (24,1%), seguida pelo tipo de alimentação (21,8%) e pelo stress ou preocupação (8,3%). Como factor secundário, o tipo de alimentação surge como o mais valorizado pelos diabéticos (23,3%) e, uma vez mais, o stress e a preocupação tem um lugar de destaque (13,5%). O excesso de peso também é referenciado como uma causa para o aparecimento da doença (7,5%). Quanto ao terceiro factor, o tipo de alimentação surge novamente em primeiro lugar (9,8%), seguido pela pouca assistência médica (8,3%) e pelo envelhecimento/stress ou preocupação (ambos com 7,5%). De notar que, no segundo e terceiro factores, a percentagem de diabéticos que não respondem referindo não saber, apresentam percentagens consideráveis de 19,5% e 28,6%, respectivamente.

1.3. Caracterização dos Diabéticos de Acordo com as Variáveis Ansiedade e Depressão

Os resultados obtidos em termos de ansiedade e depressão na amostra são apresentados na Tabela 22. Também estão representadas as pontuações globais da ansiedade e depressão indicando, conforme já referenciado, presença ou ausência de problemas.

Tabela 22- Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) das sub-escalas de Ansiedade e Depressão e valores clínicos na amostra

Sub-escalas	n.º Itens	<u>M</u> (<u>DP</u>)	Não casos (≤7)		Casos duvidosos (8-10)		Casos sérios (≥11)	
			n	%	n	%	n	%
Ansiedade (n=131)	7	7,85 (5,13)	71	54,2	22	16,8	38	29,0
Depressão (n=130)	7	6,13 (4,67)	86	66,2	21	16,2	23	17,7

Os diabéticos apresentam valores médios de ansiedade superiores aos da depressão. Apesar da maior parte da amostra (54,2% para a ansiedade e 66,2% para a depressão), não apresentar valores considerados preocupantes, verificámos a existência duma percentagem relativamente elevada de sujeitos com valores de ansiedade e depressão que requerem intervenção clínica.

1.4. Caracterização dos Diabéticos de Acordo com as Variáveis da Adesão Terapêutica

A Tabela 23 apresenta os resultados obtidos nas diferentes sub-escalas da adesão. No exercício físico e especificamente no teste à glicose, o número de sujeitos é consideravelmente inferior, pois o teste à glicose não é aconselhado com a mesma frequência que se verifica na diabetes tipo 1.

Tabela 23- Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) das sub-escalas do CDP

Sub-escalas	N.º itens	<u>M</u> (<u>DP</u>)	Média padronizada (notas <u>Z</u>)
Dieta quantidade (n=129)	2	5,97(2,37)	-0,02
Dieta tipo (n=132)	3	10,95(1,90)	-0,02
Exercício físico (n=114)	3	11,57(4,44)	-0,11
Teste à glicose (n=54)	2	4,59(2,60)	0,63
Medicação (n=118)	1	3,86(0,39)	-0,01

Os dados mostram que é ao exercício físico que os diabéticos têm mais dificuldade em aderirem, seguido da dieta.

2 – RESULTADOS DOS TESTES DE HIPÓTESES

Para testar as hipóteses procedemos ao estudo das correlações de Pearson e simultaneamente realizámos análises de regressão hierárquica para investigar a percentagem de variância explicada pelas variáveis psicossociais consideradas na adesão. Embora utilizemos a hemoglobina glicosilada como uma variável que traduz a eficácia da adesão, as suas associações devem ser interpretadas com algum cuidado visto os seus valores não serem somente influenciados pelos comportamentos de adesão (Coates & Boore, 1998; Polonsky, 1993).

2.1. Hipótese 1

Prevê-se que quanto maiores forem os níveis de conhecimentos acerca da doença mais elevados serão os níveis de adesão ao regime terapêutico prescrito.

Para analisar a relação entre os níveis de conhecimentos e a adesão utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 24) e como análises complementares a análise da regressão hierárquica.

Tabela 24- Correlações de Pearson entre as sub-escalas dos Conhecimentos e as sub-escalas dos Cuidados Pessoais com a Diabetes e a Hemoglobina glicosilada (N=133)

Sub-escalas	Dieta quantidade	Dieta tipo	Exercício físico	Teste à glicose	Medicação	HbA _{1c}
1. Conhecimentos	0,120	0,068	0,264**	0,389**	0,042	0,077
2. Desconhecimento	-0,151	-0,091	-0,216*	-0,287*	-0,053	-0,114

*p<0,05; **p<0,01

Os resultados indicam que os conhecimentos acerca da diabetes se correlacionam significativa e positivamente com a adesão ao exercício físico e com o teste à glicose, embora a associação seja mais elevada neste último. Assim, maiores conhecimentos acerca da doença relacionam-se com maior adesão ao exercício físico e ao teste à glicose. O desconhecimento acerca da doença (escala de incertezas), correlaciona-se negativamente com as mesmas sub-escalas, sugerindo baixa adesão ao tratamento em termos de exercício e pesquisa de glicemia/glicosuria. Não se verificam correlações significativas entre os conhecimentos, a dieta ou toma da medicação e os valores de hemoglobina glicosilada.

Os dados encontrados parecem comprovar em parte a hipótese 1, indicando uma associação significativa entre o nível de conhecimentos e a adesão terapêutica.

Uma vez que se encontraram correlações significativas entre os níveis de conhecimentos e a adesão, como análises complementares realizaram-se regressões hierárquicas para determinar a percentagem de variância explicada pelos conhecimentos na adesão terapêutica. A regressão incluiu as variáveis preditoras sexo e idade no 1.º bloco e as variáveis psicossociais conhecimentos e desconhecimento sobre a diabetes, no 2.º bloco. As sub-escalas do questionário “Cuidados Pessoais com a Diabetes” (dieta quantidade, dieta tipo, exercício físico, teste à glicose e medicação), assim como a hemoglobina glicosilada, foram consideradas como variáveis de resultado.

Os resultados da regressão hierárquica para a influência da variável conhecimentos na variável dieta (quantidade e tipo) não foram significativos. Somente a variável idade aparece como preditora da adesão à dieta quantidade ($F=4,07$; $p=0,019$) e à dieta tipo ($F=4,80$; $p=0,010$). O bloco 1 explica 6% da variância na dieta quantidade e na dieta tipo, com a contribuição única da idade que apresenta correlações parciais respectivamente de 0,24 e 0,26. Deste modo, quanto maior a idade maior a adesão à dieta. Na Tabela 25 estão representados os resultados significativos das análises de regressão.

Tabela 25- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência da variável
Conhecimentos na variável Teste à glicose (N= 133)

Resultados/Preditor Teste à glicose	R ² Change	F Change	p	Beta	t	p	sr
Bloco 1:	ns						
- Idade							
- Sexo							
Bloco 2:	0,16	5,06	0,010				
- Conhecimentos				0,71	2,30	0,026	0,31
- Desconhecimento				-	-	-	-
R ² =0,19; R ² corrigido =0,12							

Os resultados demonstram que as variáveis dos conhecimentos explicam 16% da variância no teste à glicose. No entanto, são os conhecimentos acerca da doença e não o desconhecimento, que se correlacionam significativamente (variância única) com o teste à glicose tendo uma correlação parcial de 0,31. Quanto maiores conhecimentos se tem sobre a diabetes, maior a monitorização dos valores de açúcar no organismo.

Relativamente às variáveis de resultado medicação, exercício físico e hemoglobina glicosilada as variáveis dos conhecimentos não foram preditoras da adesão.

As análises mais rigorosas da regressão hierárquica confirmam que os conhecimentos são preditores significativos de um dos vários componentes da adesão terapêutica explicando variâncias significativas no teste à glicose. No entanto, variáveis demográficas como a idade, também devem ser consideradas para explicar a adesão.

2.2. Hipótese 2

Prevê-se que os níveis de ansiedade e depressão dos doentes com diabetes mellitus tipo 2 estarão significativa e negativamente correlacionados com os níveis de adesão terapêutica.

Para verificarmos este tipo de associação procedemos, tal como na hipótese anterior, à análise dos coeficientes de correlação de Pearson (Tabela 26), seguido das regressões hierárquicas como análises complementares.

Tabela 26- Correlações de Pearson entre as sub-escalas da Ansiedade (n=131) e Depressão (n=130), as sub-escalas dos Cuidados Pessoais com a Diabetes e a Hemoglobina glicosilada

Sub-escalas	Dieta quantidade	Dieta tipo	Exercício físico	Teste à glicose	Medicação	HbA _{1c}
1. Ansiedade	-0,137	-0,020	-0,216*	0,026	-0,125	0,136
2. Depressão	-0,151	-0,037	-0,388**	-0,044	-0,228*	0,182*

*p<0,05; **p<0,01

Os dados demonstram que a ansiedade se encontra significativa e negativamente relacionada com a adesão ao exercício físico. A depressão correlaciona-se significativa e negativamente com o exercício e com a medicação e positivamente com os valores de hemoglobina glicosilada. Estes resultados sugerem que maiores níveis de ansiedade e depressão estão associados a menor adesão ao exercício físico e que quanto maior a depressão menor a adesão à medicação. Níveis mais elevados de depressão também estão relacionados com valores mais elevados de HbA_{1c}, isto é, com um pior controlo metabólico.

A hipótese 2 é assim confirmada parcialmente, sugerindo uma associação entre os níveis de ansiedade e depressão, e a adesão terapêutica.

Para realizarmos as regressões hierárquicas inserimos para além das variáveis preditoras utilizadas na primeira hipótese (bloco 1 e bloco 2), um terceiro bloco com as variáveis ansiedade e depressão para investigar o contributo único destas duas variáveis. As variáveis dependentes ou de resultado continuam a ser constituídas pelas sub-escalas do questionário “Cuidados Pessoais com a Diabetes” e pela hemoglobina glicosilada.

Através dos resultados obtidos verificamos que as variáveis ansiedade e depressão não foram preditoras da adesão à dieta (tipo e quantidade), ao teste à glicose e à hemoglobina glicosilada. Pelo contrário, o bloco ansiedade e depressão prediz a adesão ao exercício com uma variância explicada de 14%. Tem um contributo único significativo para esta variância a depressão, com uma correlação parcial de -0,33. Deste modo, quanto maior a depressão menor a adesão à prática de exercício físico (Tabela 27).

Tabela 27- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis
Ansiedade e Depressão na variável Exercício físico (N= 133)

Resultados/Preditor Exercício físico	R ² Change	F Change	p	Beta	t	p	sr
Bloco 1:	ns						
- Idade							
- Sexo							
Bloco 2:	ns						
- Conhecimentos							
- Desconhecimento							
Bloco 3:	0,14	9,10	0,000				
- Ansiedade				-	-	-	-
- Depressão				-0,44	-3,61	0,000	-0,33
R ² =0,19; R ² corrigido = 0,14							

Do mesmo modo o bloco 3 é preditor significativo da adesão à medicação explicando 6% da variância. A depressão contribui significativamente para esta variância na adesão à medicação com uma correlação parcial de -0,23. Assim, quanto maior a depressão menor a adesão à medicação prescrita (Tabela 28).

Tabela 28- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis
Ansiedade e Depressão na variável Medicação (N= 133)

Resultados/Preditor Medicação	R ² Change	F Change	p	Beta	t	p	sr
Bloco 1:	ns						
- Idade							
- Sexo							
Bloco 2:	ns						
- Conhecimentos							
- Desconhecimento							
Bloco 3:	0,06	3,59	0,031				
- Ansiedade				-	-	-	-
- Depressão				-0,33	-2,53	0,013	-0,23
R ² =0,10; R ² corrigido = 0,05							

Confirma-se parcialmente a segunda hipótese, visto a depressão prever significativamente componentes importantes da adesão, especialmente no exercício físico.

2.3. Hipótese 3

Prevê-se que as representações de doença nas dimensões da duração (aguda/crônica e cíclica), consequências, e controlo pessoal e de tratamento, estarão significativa e positivamente correlacionadas com a adesão terapêutica, e que as dimensões representação

emocional e coerência estarão significativa e negativamente correlacionadas com a adesão terapêutica.

Tabela 29- Correlações de Pearson entre as sub-escalas do IPQ-R (duração aguda/crónica e cíclica, consequências, controlo pessoal e de tratamento, representação emocional e coerência) e as sub-escalas dos Cuidados Pessoais com a Diabetes e a Hemoglobina glicosilada (N=133)

Sub-escalas	Dieta quantidade	Dieta tipo	Exercício físico	Teste à glicose	Medicação	HbA _{1c}
1. Consequências	-0,091	0,016	-0,005	0,143	0,012	0,225*
2. Controlo pessoal	-0,185*	-0,030	0,063	0,193	-0,182*	0,145
3. Controlo de tratamento	-0,033	-0,043	0,057	-0,106	-0,142	-0,036
4. Coerência de doença	-0,159	-0,038	-0,191*	-0,023	0,107	0,064
5. Duração cíclica	-0,097	0,033	-0,075	0,527**	-0,074	0,084
6. Representação emocional	-0,153	-0,011	-0,148	0,123	-0,066	0,104
7. Duração aguda/crónica	0,200*	0,151	0,003	0,202	0,145	0,193*

*p<0,05; **p<0,01

Verificamos que as crenças nas consequências da doença, embora de forma baixa, estão significativa e positivamente correlacionadas com a hemoglobina glicosilada. Assim, uma percepção mais negativa das consequências da diabetes está associada a valores indesejáveis de hemoglobina glicosilada. Existem correlações significativas, negativas e muito baixas entre o controlo pessoal, e a adesão à dieta quantidade e à medicação (sugerindo que quanto maior a percepção de controlo pessoal menor a adesão à quantidade da dieta e à medicação prescrita). A coerência da doença também apresenta uma correlação significativa, negativa e baixa com o exercício físico, isto é, quanto mais fraca é a compreensão da diabetes menor é a adesão ao exercício. Existe ainda uma associação significativa, positiva e baixa entre a duração aguda/crónica e a adesão à quantidade da dieta e hemoglobina glicosilada, apontando para que uma percepção mais crónica da doença se associa a uma maior adesão à dieta em termos de quantidade e a valores mais elevados de hemoglobina glicosilada (valores não aconselhados). Por fim, e já com uma correlação moderada, significativa e positiva, a duração cíclica associa-se à adesão ao teste da glicose. Assim uma percepção mais cíclica da diabetes relaciona-se com maior adesão ao teste de glicose.

Tal como nas hipóteses anteriores, realizamos as regressões hierárquicas inserindo, para além das variáveis predictoras utilizadas na segunda hipótese (bloco 1, bloco 2 e bloco 3), um quarto bloco com as variáveis das representações de doença: duração aguda/crónica, duração cíclica, consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento, representação emocional e coerência, de modo a analisar o seu contributo único na predição à adesão. Deste modo analisa-se o impacto das cognições de doença para além do contributo das outras variáveis predictoras. As variáveis das sub-escalas do questionário “Cuidados Pessoais com a Diabetes” e a hemoglobina glicosilada continuam a constituir as variáveis de resultado (Tabela 30).

Tabela 30- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis duração aguda/crónica e cíclica, consequências, controlo pessoal e de tratamento, representação emocional e coerência, na variável Dieta quantidade (N= 133)

Resultados/Preditor	R²	F	p	Beta	t	p	sr
Dieta quantidade	Change	Change					
Bloco 1:	0,06	4,00	0,021				
- Idade				0,24	2,54	0,01	0,23
- Sexo				-	-	-	-
Bloco 2	ns						
Bloco 3	ns						
Bloco 4:	0,10	2,21	0,038				
Consequências				-	-	-	-
Controlo pessoal				-0,24	-2,41	0,017	-0,22
Controlo de tratamento				-	-	-	-
Coerência de doença				-0,19	-1,96	0,052	-0,18
Duração cíclica				-	-	-	-
Representação emocional				-	-	-	-
Duração aguda/crónica				0,25	2,71	0,008	0,24
R ² =0,21; R ² corrigido = 0,12							

As representações de doença são preditores significativos da adesão à dieta quantidade contribuindo com 10% da variância única. A percepção que o diabético tem acerca da sua doença, nomeadamente em termos de controlo pessoal, coerência e duração apresentam correlações com a adesão à dieta de -0,22, -0,18 e 0,24, respectivamente. Uma percepção mais crónica da diabetes prediz uma maior adesão à dieta quantidade enquanto que uma compreensão mais pobre e um maior controlo pessoal sobre a doença predizem uma menor adesão.

Os restantes componentes da representação de doença não são preditores da adesão à dieta tipo, ao exercício físico e à medicação ou aos valores da hemoglobina glicosilada. Relativamente à adesão ao teste à glicose, as representações de doença explicam uma variância de 29% neste comportamento. A duração cíclica contribui significativamente para

esta variância explicada com uma correlação parcial de 0,58, sugerindo que uma percepção mais cíclica da diabetes, prediz uma maior adesão ao teste à glicose (Tabela 31).

Tabela 31- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis duração aguda/crónica e cíclica, consequências, controlo pessoal e de tratamento, representação emocional e coerência, na variável Teste à glicose (N= 133)

Resultados/Preditor	R²	F	p	Beta	t	p	sr
Teste à glicose	Change	Change					
Bloco 1	ns						
Bloco 2:	0,16	4,85	0,012				
- Conhecimentos				0,59	1,98	0,054	0,30
- Desconhecimento				-	-	-	-
Bloco 3	ns						
Bloco 4:	0,29	3,12	0,011				
Consequências				-	-	-	-
Controlo pessoal				-	-	-	-
Controlo de tratamento				-	-	-	-
Coerência de doença				-	-	-	-
Duração cíclica				0,59	4,38	0,000	0,58
Representação emocional				-	-	-	-
Duração aguda/crónica				-	-	-	-
R ² =0,48; R ² corrigido = 0,31							

A terceira hipótese é comprovada parcialmente visto as representações de doença se apresentarem como preditores significativos em alguns componentes da adesão, com variância explicada mais elevada na adesão ao teste à glicose.

3. RESULTADOS DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Pretendemos, através das análises exploratórias, investigar a relação entre as variáveis sócio-demográficas (idade, sexo e estado civil), as variáveis clínicas (tempo de doença e gravidade de doença), e as variáveis psicossociais e cuidados pessoais com a diabetes.

Para tal, a variável idade foi dividida em quatro grupos etários, em que o primeiro inclui participantes com idades compreendidas entre os 40 e os 55 anos, o segundo compreende idades entre os 56 e os 65 anos, o terceiro contempla diabéticos com idades entre os 66 a 75 anos e o quarto inclui idades entre os 76 e os 86 anos. Para estudar o impacto da variável estado civil foram constituídos dois grupos, englobando o primeiro os casados e o segundo os não casados.

Relativamente ao estudo da influência das variáveis clínicas, utilizámos o tempo de doença que se agrupou em duas classes: a primeira engloba indivíduos com o diagnóstico da

diabetes mais recente (1 a 10 anos de doença) e o segundo inclui aqueles no qual a doença já foi diagnosticada há mais de 10 anos. A variável designada por gravidade de doença é constituída pelos valores de hemoglobina glicosilada e é composta em três classes em que a primeira representa valores considerados não clínicos ($<6,5\%$), a segunda inclui os valores limite ou aceitáveis ($6,5\%-7,5\%$) e a terceira representa valores clinicamente significativos ($>7,5\%$).

Sexo

Os resultados das Manovas realizadas indicaram que o efeito do sexo é significativo para o conjunto das duas sub-escalas do questionário dos Conhecimentos da Diabetes (QCD) ($F=3,58$; $p=0,031$) e para o conjunto das duas sub-escalas da escala ansiedade e depressão (HADS) ($F=6,21$; $p=0,003$). O efeito do sexo não se mostrou significativo para o conjunto das 7 sub-escalas do IPQ-R ($F=1,96$; $p=0,067$), e para o conjunto das 4 sub-escalas do questionário dos Cuidados Pessoais com a Diabetes (CPD) ($F=0,44$; $p=0,816$). Não se encontraram efeitos de interacção significativos.

Analizando os resultados univariados nos diferentes questionários e relativamente ao QCD, estes só foram significativos para a sub-escala do desconhecimento ($F=6,31$; $p=0,013$). As mulheres demonstram maior desconhecimento acerca da diabetes ($\underline{M}=7,55$) do que os homens ($\underline{M}=4,29$).

Os resultados univariados foram também significativos para as sub-escalas da ansiedade ($F=12,31$; $p=0,001$) e da depressão ($F=6,92$; $p=0,010$). As mulheres evidenciam maiores níveis de ansiedade ($\underline{M}=9,84$) e depressão ($\underline{M}=7,40$) do que os homens ($\underline{M}=4,17$ e $\underline{M}=3,80$, respectivamente).

Embora o efeito do sexo não tenha sido significativo para o conjunto das sub-escalas do IPQ-R parece existir uma tendência para que este influencie as representações de doença ($F=1,96$; $p=0,067$). Os resultados univariados foram significativos para a sub-escala consequências da doença ($F=8,50$; $p=0,004$) e para a sub-escala representação emocional ($F=3,85$; $p=0,052$). As mulheres percebem piores consequências da sua diabetes ($\underline{M}=18,47$) relativamente aos homens ($\underline{M}=16,17$), e têm emoções mais negativas sobre a doença ($\underline{M}=19,87$) do que os homens ($\underline{M}=17,29$). Estes resultados devem, porém, ser replicados em estudos futuros.

Idade

Os resultados das Manovas mostraram que o efeito da idade não é significativo para o conjunto das duas sub-escalas do QCD ($F=1,30$; $p=0,256$), para as duas sub-escalas do questionário HADS ($F=1,34$; $p=0,240$) e para as 7 sub-escalas do IPQ-R ($F=1,27$; $p=0,193$). O efeito da idade foi significativo para o conjunto das quatro sub-escalas dos CPD ($F=2,53$; $p=0,004$). Não foram encontrados efeitos de interacção significativos.

No questionário dos Cuidados Pessoais com a Diabetes (CPD), os resultados univariados foram significativos para as sub-escalas dieta quantidade ($F=6,80$; $p=0,001$) e para a dieta tipo ($F=4,72$; $p=0,008$). Assim, verificámos que relativamente à dieta quantidade, os diabéticos mais idosos (66 a 75 anos) aderem mais à dieta prescrita ($M=8,29$) do que os mais jovens (40 e 55 anos- $M=4,61$; 56 a 65 anos- $M=5,17$). Na dieta tipo os mais idosos (76 a 86 anos) também aderem mais ($M=13,50$) do que os diabéticos mais jovens (40 a 55 anos- $M=8,71$; 56 a 65 anos- $M=11,06$).

Estes resultados vão de encontro aos resultados encontrados nas regressões hierárquicas em que a variável idade era preditora da adesão à dieta quantidade e à dieta tipo.

Estado Civil

Os resultados dos testes Manova multivariados evidenciaram que o efeito do estado civil não é significativo para o conjunto das duas sub-escalas do QCD ($F=0,50$; $p=0,952$), para as duas sub-escalas do HADS ($F=0,11$; $p=0,890$), para as 7 sub-escalas do IPQ-R ($F=0,72$; $p=0,652$) e para as quatro sub-escalas do CDP ($F=0,38$; $p=0,858$). Não se verificaram efeitos de interacção significativos.

Tempo de Doença

Os resultados das Manovas multivariados demonstraram que a variável tempo de doença, não produz efeito significativo no conjunto das duas sub-escalas do QCD ($F=1,97$; $p=0,143$), nas duas sub-escalas do HADS ($F=0,00$; $p=0,997$), nas sete sub-escalas do IPQ-R ($F=1,75$; $p=0,105$) e nas quatro sub-escalas do CDP ($F=1,81$; $p=0,139$). Não se verificaram efeitos de interacção significativos.

Gravidade de Doença

Os resultados obtidos através das Manovas não demonstraram um efeito significativo da variável gravidade da doença no conjunto das duas sub-escalas do QCD ($F=1,77$; $p=0,134$), nas duas sub-escalas do HADS ($F=0,22$; $p=0,924$), nas sete sub-escalas do IPQ-R ($F=0,70$; $p=0,772$) e no conjunto das quatro sub-escalas do CDP ($F=1,99$; $p=0,050$). Não se encontraram efeitos de interacção significativos.

Pretendemos, neste capítulo, analisar as hipótese formuladas, verificando a associação existente entre as variáveis psicossociais e os níveis de adesão terapêutica, bem como a sua predição na adesão. Os resultados demonstram que, embora existam diversas associações entre as variáveis psicossociais e os componentes da adesão, como preditores à adesão ao teste à glicose encontramos os conhecimentos e a duração cíclica, como preditores à adesão ao exercício físico e à medicação encontramos a depressão e como preditores à adesão da dieta quantidade encontramos alguns componentes das representações de doença, nomeadamente o controlo pessoal, a coerência de doença e a duração (aguda/crónica).

As variáveis sócio-demográficas também têm efeito nas variáveis psicossociais e nos cuidados pessoais com a diabetes (CPD), com excepção do estado civil. O sexo tem efeito nos conhecimentos e na ansiedade e depressão e também demonstra tendência para influenciar nas representações de doença. A idade mostrou efeito significativo nos cuidados pessoais com a diabetes. O efeito das variáveis clínicas, tempo de doença e gravidade de doença, não se mostrou significativo.

C. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, passaremos à sua discussão e apreciação crítica, tendo como referência o marco teórico desenvolvido no início deste trabalho.

Tecemos também algumas considerações que derivam da nossa experiência profissional com diabéticos.

Por questões de organização, passaremos a discutir os resultados de acordo com a estrutura usada no capítulo anterior começando pela caracterização deste grupo de diabéticos, seguida da discussão das hipóteses e por fim das análises exploratórias complementares realizadas.

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE DIABÉTICOS DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS ESTUDADAS

A caracterização deste grupo de diabéticos é importante em termos de tendências epidemiológicas e, também, como forma de compreender alguns dos resultados obtidos nos testes de hipóteses.

1.1. Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas

Em termos sócio-demográficos verificamos que estamos perante um grupo envelhecido com média de idades próxima dos 65 anos e com pouca escolaridade. As mulheres são o sexo predominante. Grande parte dos diabéticos são casados e já não se encontram activos, enquadrando-se as suas actividades laborais anteriores maioritariamente no grupo das profissões semi-qualificadas. Relativamente ao agregado familiar a maior parte dos indivíduos vivem acompanhados. Em termos clínicos, a idade média do diagnóstico da diabetes geralmente verificou-se após os 50 anos de idade o que vem de encontro ao típico aparecimento da diabetes tipo 2 a partir da quarta década de vida. A amostra em estudo também já possuía algum tempo de convivência com a diabetes e o tratamento da doença com

antidiabéticos orais iniciou-se praticamente logo após o seu diagnóstico. Embora a diabetes tipo 2 possa ser controlada em vários casos somente com a alimentação cuidada e a prática de exercício físico, vários factores poderão contribuir para que tal não aconteça. Um deles é a já mencionada complexidade do regime que geralmente implica mudanças consideráveis no estilo de vida, levando a baixos níveis de adesão a estes componentes que implica o recurso mais imediato a fármacos antidiabéticos.

A literatura suporta a importância do apoio social na manutenção da qualidade de vida nas doenças crónicas e especificamente na diabetes (Fukunishi et al, 1998; Polonsky, 1993; Wilson et al., 1986). Os resultados encontrados na nossa amostra, parecem talvez reflectir um pouco os diferentes papéis do género na sociedade actual. Enquanto a maioria das mulheres não referiu ter apoio dos familiares para cuidar da sua diabetes, grande parte dos homens sentiram-se apoiados pelas suas esposas ou familiares no tratamento da sua doença. Tais factos vêm de encontro ao papel da mulher de providenciadora de cuidados à família, em que as esposas estão mais envolvidas na gestão da diabetes dos seus maridos, do que os maridos nos cuidados à diabetes das duas esposas (Heavy et al., 1993). Este aspecto, para além de outros, poderá contribuir para algumas representações de doença mais negativistas que as mulheres apresentam e que mais à frente abordaremos. As barreiras percebidas pelo doente para cuidar da sua doença são aspectos que o educador para a saúde deve conhecer para poder mais facilmente intervir, principalmente aquelas nas quais o tratamento da diabetes assenta, como a alimentação, a medicação e o exercício físico. Os diabéticos apresentam algumas dificuldades em seguir as recomendações dos profissionais de saúde, em relação a estes três aspectos. Embora os homens refiram mais dificuldades em seguir o regime alimentar e a maior parte das mulheres mencionem dificuldade no exercício físico recomendado, só existem diferenças significativamente estatísticas entre os sexos em relação ao exercício físico. As mulheres sentem mais dificuldade neste aspecto do tratamento devido a vários factores, entre os quais os problemas osteo-articulares (também vulgarmente referido pelos homens), a pouca motivação e a falta de tempo. Pelas respostas dadas por ambos os sexos também ressalta o factor educacional potenciado pela elevada faixa etária da amostra. Os homens, nomeadamente aqueles que já não trabalham, passam menos tempo em casa e nos seus tempos livres habitualmente dão o seu passeio diário para se encontrarem com os amigos. Já as mulheres frequentemente passam o seu tempo livre a realizar actividades domésticas dedicando menos tempo a caminhadas. As dificuldades em seguir a dieta recomendada também foi bastante mencionada e a dificuldade em mudar hábitos alimentares praticados durante toda a vida torna-se uma das principais razões. A diabetes implica frequentemente mudanças no estilo de vida que frequentemente dificultam a adesão ao tratamento (Polonsky,

1993). Muitas das complicações presentes na diabetes são já sentidas pela maioria dos elementos da nossa amostra, sendo os três mais referidos por ambos os sexos os problemas visuais, a diminuição da sensibilidade nos membros inferiores e a hipertensão. Contudo muitos dos diabéticos não os associa à sua diabetes, referindo desconhecimento ou relacionando-os com o envelhecimento. Os resultados encontrados na nossa amostra confirmam que uma das causas da diabetes tipo 2 são os antecedentes familiares, pois grande parte dos diabéticos têm familiares com esta patologia. Um dos grandes objectivos do tratamento da diabetes é o controlo glicémico. A manutenção de níveis de açúcar no sangue dentro dos valores desejáveis está relacionado com um decréscimo no aparecimento de complicações tais como retinopatias, neuropatia, nefropatia e até doenças cardiovasculares para além de evitar as complicações imediatas como são os casos de hipoglicemia (*American Diabetes Association*, 2002). Os valores metabólicos do doente, para além de outros parâmetros importantes como a vigilância da tensão arterial e o controlo do peso corporal, permitem monitorizar a doença, adequando o tratamento e prevenindo ou adiando complicações. A nossa amostra apresenta valores médios de glicemia em jejum bastante elevados e os valores médios da hemoglobina glicosilada nas mulheres ultrapassam os limites desejáveis e nos homens estão muito próximos desses limites. Os Índices de Massa Corporal também apontam para um excesso de peso em ambos os sexos. Somente os valores da tensão arterial se encontram dentro dos limites preconizados embora estes dados possam estar relacionados com a prescrição de anti-hipertensores.

1.2. Variáveis Psicossociais

Nas variáveis psicossociais, mais especificamente nos conhecimentos acerca da diabetes, este grupo evidencia bons conhecimentos sobre a doença tal como outros estudos o têm demonstrado (Chan & Molassiotis, 1999; Coates & Boore, 1998). Os níveis de conhecimentos são mais elevados nas dimensões tratamento, duração e controlo da doença. Pelo contrário, os diabéticos evidenciam mais desconhecimento nas dimensões identidade e causas da doença.

Nas várias componentes das representações de doença e relativamente à *Identidade da doença*, os sintomas mais associados à diabetes foram os olhos inflamados, a perda de peso e as tonturas. Parece-nos que a pouca especificidade destes sintomas em relação à diabetes vai de encontro aos resultados obtidos nos conhecimentos sobre a doença, isto é, os diabéticos evidenciaram maior desconhecimento na dimensão da identidade. Outra explicação é o facto

da diabetes tipo 2 não apresentar uma sintomatologia específica, podendo mesmo depois de instalada, permanecer assintomática durante anos, sendo o seu diagnóstico efectuado ocasionalmente em análises clínicas, ou só quando aparecem as complicações (*American Diabetes Association*, 2002). Esta fraca identidade pode, tal como referiu Hampson (1997), ter influencia na autogestão da diabetes dificultando o controlo da doença.

Em termos de doença, os diabéticos em geral percebem a sua diabetes como crónica e com alguma periodicidade, isto é, com períodos em que ela se agrava mais, não lhe associando porém uma afectividade muito negativa e não lhe atribuindo implicações graves na sua vida. Eles compreendem a sua doença (ela faz sentido, não é um mistério) e consideram ter um controlo pessoal e de tratamento sobre ela razoável. Pareceu-nos interessante fazer a comparação entre as percepções de doença em doentes com patologia crónica e em doentes com patologia aguda. Para tal, comparamos as representações de doença no nosso grupo de diabéticos com as de 114 doentes com enfarte do miocárdio, aos 3 meses após a alta. Verificamos que os doentes com enfarte têm médias mais elevadas nas dimensões consequências, controlo pessoal, controlo de tratamento e coerência de doença. Pelo contrário, obtêm pontuações mais baixas na duração aguda/crónica, na duração cíclica e na representação emocional. Deste modo, estes doentes percebem piores consequências da sua doença e tem uma compreensão mais pobre da sua patologia do que os diabéticos. Acreditam que, para além de terem um controlo pessoal sobre a sua doença razoável, o tratamento também ajuda no seu controlo e consideram o seu problema de saúde menos cíclico e menos crónico. Embora percebam piores consequências, têm uma representação emocional do seu problema de saúde, mais positiva do que os diabéticos (McIntyre et al., no prelo).

No nosso grupo, os factores atribuídos como possíveis causas da diabetes foram, por ordem de grandeza, a hereditariedade, o tipo de alimentação e o stress e a preocupação. Estes resultados vão de encontro a outro estudo levado a cabo por Hampson, Glasgow & Toobert (1990), em que a maioria dos diabéticos mencionaram a hereditariedade, o peso, a dieta e as preocupações. Os diabéticos da nossa amostra parecem possuir a informação correcta acerca da etiologia desta doença.

Relativamente à ansiedade e depressão, embora a maior parte da amostra não apresente valores considerados patológicos, bastantes casos de ansiedade (45,8%) e de depressão (33,9%) já merecem atenção por parte da equipa de saúde visto se apresentarem como casos duvidosos ou sérios. Ainda comparando com os resultados obtidos por McIntyre e colaboradores (no prelo), verificamos que os doentes com enfarte do miocárdio têm médias de ansiedade e depressão inferiores ao grupo de diabéticos. Os nossos resultados parecem ser

congruentes com os citados por outros autores, já que a percentagem de diabéticos com depressão séria se encontra entre os 15 a 20% que ocorre nos diabéticos em geral (Peyrot & Rubin, 1997).

Quanto aos cuidados pessoais com a diabetes a adesão foi superior no teste à glicose e inferior no exercício físico. Estes resultados são sobreponíveis às dificuldades sentidas no tratamento, acima descritas pelos diabéticos da nossa amostra. Outros estudos confirmam estes achados em que as barreiras encontradas são mais frequentes na sub-escala da dieta e do exercício físico, pois alterações na alimentação e no exercício implicam que os diabéticos façam maiores mudanças nos seus estilos de vida (Cameron, 1996; Glasgow et al., 1997).

2. HIPÓTESE 1

Na primeira hipótese previa-se que maiores conhecimentos acerca da diabetes estão relacionados com maior adesão terapêutica (dieta quantidade, dieta tipo, exercício físico, teste à glicose e medicação). Esta hipótese foi confirmada parcialmente, pois os conhecimentos e desconhecimento correlacionaram-se com a adesão ao exercício físico e com a monitorização do açúcar no organismo. A prática de exercício físico tem demonstrado bons resultados a nível metabólico, pois contribui para o controlo glicémico através de uma diminuição directa dos valores de glicose no sangue, produz um aumento da sensibilidade à insulina e reduz o risco de patologia cardiovascular (por diminuição dos níveis lipídicos e da tensão arterial) (Hamduy et al., 2001). Embora a maioria dos diabéticos da nossa amostra saibam que é importante fazer caminhadas para controlar a sua diabetes, muitos deles referem dificuldades em realizá-las devido a hábitos de sedentarismo e a problemas de saúde. É importante que os técnicos de saúde, possuam a habilidade de ajustar o exercício às condições dos seus doentes não se limitando somente a enfatizar a importância da prática de actividade física regular.

Os conhecimentos acerca da doença só foram preditores para a adesão ao teste à glicose. A falta de contributo único dos conhecimentos e desconhecimento para o exercício físico e do desconhecimento para a adesão ao teste à glicose, tem , provavelmente relação com a elevada correlação existente entre as duas sub-escalas (conhecimentos e desconhecimento) que tendem a anular-se estatisticamente.

Reconhecendo a importância da monitorização da glicemia/glicosuria no controlo da diabetes, habitualmente os diabéticos tipo 1 recorrem mais à sua utilização, visto a dose de insulina a administrar depender dos valores encontrados. Na diabetes tipo 2 esta prática não é tão corrente não existindo consenso quanto à frequência do teste (*American Diabetes*

Association, 2002), e por vezes este é realizado unicamente durante a consulta médica ou de enfermagem, ou em casos pontuais em que o diabético porque não se sente bem e decide recorrer aos serviços farmacêuticos para o realizar. Apesar dos aparelhos de medição ou as fitas de teste à urina estejam cada vez mais ao alcance dos doentes, e a sua leitura tenha sido mais simplificada, numa população iletrada e idosa estas habilidades tornam-se algo complexas e portanto pouco desejáveis pelos doentes. Embora os conhecimentos não garantam a mudança de comportamentos nos doentes diabéticos, são sem dúvida um importante contributo para facilitar o processo de participação e adesão ao tratamento (Cameron, 1996; Chan & Molassiotis, 1999).

Os técnicos de saúde, para além de enfatizar a realização do teste de glicemia em situações que prevejam alterações nos níveis de açúcar (e.g. na mudança de terapêutica), devem fornecer perícias que permitam ao doente realizar o teste no seu domicílio, bem como ensinar a interpretar os resultados obtidos de modo a que este se sinta envolvido e responsável no seu tratamento. Face a diabéticos com baixo nível de escolaridade, idade avançada ou outras situações específicas, o educador deverá envolver os familiares que apoiam o doente. Os conhecimentos acerca da doença e seu tratamento, darão um contributo para que o diabético compreenda a importância da sua realização e deste modo adira mais.

3. HIPÓTESE 2

A diabetes exige um grande autocontrolo, sendo grande parte do tratamento responsabilidade do doente. Estas exigências comportam, frequentemente, problemas de índole psicológica que se reflectem em estados de ansiedade e depressão (Gameiro, Moos & Teixeira, 2000; Peyrot & Rubin, 1997).

Nesta hipótese esperava-se que maiores níveis de ansiedade e depressão estivessem relacionados com menor adesão ao tratamento recomendado. Esta hipótese foi confirmada para algumas componentes da adesão. Maiores níveis de depressão estão associados a menor adesão ao exercício físico e menor adesão à medicação, e níveis mais elevados de ansiedade estão igualmente relacionados com a menor prática de exercício.

Os resultados das regressões, um tipo de análise estatística mais rigorosa do que o coeficiente de correlação simples, confirma que a depressão é uma variável preditora da adesão ao exercício físico e à medicação. Os nossos resultados diferem dos descritos por Friedman e colaboradores (1998, cit. por Bennett, 2002) em que a depressão se associava a dificuldades no controlo metabólico bem como a uma fraca adesão ao regime alimentar

recomendado. Obviamente que se dois dos componentes base do regime de tratamento da diabetes são a prática de exercício físico e a medicação, a ausência da adesão a estes comportamentos poderá reflectir-se no controlo metabólico da patologia.

Os dados deste estudo apontam para a necessidade de colaboração com outros técnicos, nomeadamente psicólogos e psiquiatras, em termos do encaminhamento dos diabéticos com sintomatologia depressiva para tratamento complementar. Isto exige que os médicos e enfermeiros tenham formação de base no rastreio da depressão e que este rastreio seja considerado importante e complementar à monitorização dos indicadores de foro biológico.

4. HIPÓTESE 3

Tínhamos previsto que as representações de doença nas dimensões duração (aguda/crónica e cíclica), consequências, e controlo pessoal e de tratamento, estivessem relacionadas com maior adesão terapêutica enquanto as dimensões representação emocional e coerência de doença se associassem a menores níveis de adesão, o que se veio a confirmar parcialmente. Em geral, os resultados mostram que uma percentagem significativa de variância em comportamentos de adesão importantes, como a dieta e o teste à glicose, é explicada pelas representações de doença. São de assinalar os 29% de variância explicada pelas cognições de doença na monitorização dos níveis de glicose. Além disso, os dados indicam que nem todas as cognições de doença são preditoras de adesão terapêutica na diabetes. O controlo pessoal, a coerência de doença, a duração (aguda/crónica ou cíclica) são os preditores significativos. Estes dados têm implicações importantes ao nível das estratégias de educação para a saúde, como iremos descrever mais adiante.

Mais especificamente, os nossos resultados indicaram que uma *percepção mais crónica* da doença relaciona-se com maior adesão à dieta quantidade e uma *percepção mais cíclica* da doença está associada a maior monitorização do açúcar no sangue ou na urina. Assim, parece que a representação de doença como uma condição crónica poderá estar mais relacionada com um maior compromisso com mudanças de estilo de vida ao nível da nutrição. A relação encontrada com a duração cíclica poderá estar relacionada com períodos de exacerbação dos valores de glicemia, o que leva o diabético a ter mais consciência da sua doença e a monitorizar com mais frequência os valores de açúcar.

Outro componente das representações de doença que se tem mostrado importante num bom ajustamento face à doença é o *controlo percebido* pelo doente para lidar com a situação.

Curiosamente, o controlo pessoal comporta-se de forma inversa ao que tínhamos previsto, isto é, associada à percepção de um bom controlo pessoal sobre a diabetes está uma baixa adesão à dieta quantidade e à medicação. Vários trabalhos têm demonstrado que existe uma associação entre o locus de controlo interno e a adesão (Lewis et al., 1978; Poll & Kaplan de Nour, 1980; Schlenk & Hart, 1984, cit. por Cameron, 1996). Moss-Morris e colaboradores, num estudo desenvolvido em 233 doentes com Síndrome de Fadiga Crónica, encontrou menores comportamentos desajustados à doença nos indivíduos que acreditavam ter algum controlo sobre a sua patologia (Moss-Morris, Petrie & Weinman, 1996). O trabalho desenvolvido por Griva e colaboradores, em 64 jovens diabéticos tipo 1, também encontrou uma correlação positiva entre o controlo percebido e os vários componentes da adesão (dieta, exercício físico, insulina e teste à glicose) e negativa com os valores de hemoglobina glicosilada (Griva et al., 2000). No entanto, neste trabalho os autores utilizaram o IPQ, o instrumento em que a escala de controlo ainda não contemplava as duas dimensões, controlo pessoal e de tratamento. Por exemplo, McIntyre e colaboradores (2003) encontraram uma relação inversa entre controlo pessoal e variáveis de resultado (correlação negativa) e controlo de tratamento e variáveis de resultado (correlação positiva) em doentes pós enfarte do miocárdio (McIntyre et al., 2003). Podemos ainda atribuir este nosso resultado a uma possível “falsa sensação de controlo” sobre a doença, levando a desvalorizar a importância da medicação e da dieta. A correlação positiva encontrada entre a percepção de consequências mais negativas da doença e os valores de hemoglobina glicosilada poderá indicar uma tendência uma vez que não se confirmou essa relação nas análises de regressão. Os resultados do nosso estudo vão, de algum modo, de encontro aos dados obtidos por Griva e colaboradores, em que um melhor controlo metabólico está associado a menos consequências percebidas acerca da diabetes (Griva et al., 2000).

Os dados foram inconsistentes na relação da coerência da doença com o exercício físico. Uma pobre compreensão da doença parece estar correlacionada com a baixa adesão ao exercício, mas não aparece como preditor significativo deste. Mais uma vez, as análises estatísticas mais rigorosas da regressão, poderão explicar esta diferença.

Como já referido, o modelo de auto-regulação de Leventhal sugere que as pessoas desenvolvem representações paralelas, cognitivas e emocionais que são importantes nas estratégias de adaptação à doença (Moss-Morris et al., 2002). Na nossa amostra a representação emocional não se reflecte na adesão terapêutica, o que pode ser devido ao facto dos diabéticos não associarem emoções muito negativas à sua doença. Aliás, um estudo realizado por Eiser e colaboradores demonstrou que numa amostra de 332 diabéticos tipo 1 e 2, apenas 5% esperavam que a sua saúde em geral se deteriorasse no próximo ano. Este

optimismo “ilusório” pode, entre outras causas, ser explicado pelo facto das próprias complicações da diabetes serem silenciosas levando a ambiguidades na interpretação (Eiser et al., 2002). Num estudo desenvolvido em mulheres com cefaleias crónicas, em que o quadro sintomático era bastante exuberante, quer estas, quer os cônjuges, percepcionavam a doença com consequências moderadamente graves, associando-lhes emoções negativas (Figueiras et al., 2002). Podemos considerar alguns aspectos que poderão contribuir para explicar os resultados no nosso estudo. Em termos de sintomatologia, a diabetes tipo 2 é considerada uma doença silenciosa, pelo que os doentes raramente experienciam sintomas desagradáveis. Por outro lado, as complicações decorrentes da diabetes facilmente são confundidas com situações inerentes ao processo de envelhecimento. Este aspecto encontra-se reflectido no nosso trabalho, pois muitas das patologias que foram apresentadas aos diabéticos da amostra não foram atribuídas à diabetes, mas sim ao avançar da idade. Um outro aspecto que a pesquisa nesta área tem alertado e que influencia o doente são as próprias crenças que os profissionais de saúde possuem sobre a diabetes. Por vezes, estes enviam ao doente mensagens que podem influenciar a percepção que o diabético tem da sua doença fazendo-lhes crer na pouca gravidade da diabetes. Frases como “*o seu açúcar está um pouco alto*” ou “*deve ter mais cuidado com a alimentação*” podem ser entendidas como “suaves”, não contribuindo para a percepção da verdadeira gravidade da diabetes (Doherty et al., 2000). A crença na cronicidade da diabetes parece reflectir-se negativamente nos valores de hemoglobina glicosilada. Estes resultados são aparentemente um pouco incongruentes, na medida em que associada à percepção da diabetes como doença mais crónica, está um aumento de adesão à dieta. No entanto vários autores apontam para a não existência de uma relação linear entre os comportamentos de adesão e os valores de hemoglobina glicosilada (Coates & Boore, 1998; Polonsky, 1993).

Reflectindo sobre os resultados encontrados em termos de crenças sobre a diabetes, existem algumas especificidades relativamente às dimensões, que merecem a atenção do educador para a saúde. Parece-nos importante que, previamente, os técnicos de saúde avaliem as crenças dos seus doentes sobre a diabetes. Deste modo, as intervenções para a saúde devem contemplar estas representações de doença, sendo especificamente dirigidas ao controlo pessoal, duração, consequências e coerência de doença. Estas educações para a saúde podem ser realizadas utilizando diferentes métodos (expositivos, com informação escrita, interactivos, entre outros) desde que sejam adequados ao grupo.

5. ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Pretendíamos investigar o efeito das variáveis sócio-demográficas (sexo, idade e estado civil) e clínicas (tempo de doença e gravidade de doença) nos conhecimentos acerca da diabetes, na ansiedade e depressão, nas representações de doença e nos cuidados pessoais com a diabetes. Foram encontrados efeitos significativos apenas do sexo e da idade.

Em termos do género, este parece influenciar o nível dos conhecimentos sobre a diabetes. Os homens demonstram menos desconhecimento sobre a diabetes do que as mulheres. Este facto poderá estar relacionado com as médias de escolaridade, que são significativamente superiores no sexo masculino. Os níveis de ansiedade e depressão são mais elevados nas mulheres. Encontrámos suporte teórico que indica que as mulheres em geral são mais propensas a distúrbios de humor (Nichols & Brown, 2003; Paúl & Fonseca, 2002; Peyrot & Rubin, 1997). De certa forma, as representações de doença também poderão influenciar este achado pois as mulheres demonstraram-se mais pessimistas em relação à sua diabetes associando-lhe emoções mais negativas e percepcionando piores consequências do que os homens. Este perfil mais desfavorável das mulheres em termos de representações cognitivas está de acordo com outros estudos, que encontraram esta mesma tendência noutros doentes (McIntyre et al., no prelo).

Relativamente ao efeito da idade nos cuidados com a diabetes, os resultados parecem ir de encontro ao sugerido na literatura. Sentimentos de vulnerabilidade frequentemente acompanham as pessoas mais velhas levando-as a adoptar comportamentos de saúde e uma maior adesão ao tratamento (Brannon & Feist, 1997a; Leventhal & Crouch, 1997). No nosso grupo, os diabéticos mais idosos aderem mais à dieta prescrita.

As restantes variáveis estado civil, tempo de doença e gravidade de doença não obtiveram resultados significativos. Estes resultados encontrados assemelham-se a outros estudos, nos quais a associação entre factores sócio-demográficos, clínicos e a adesão nem sempre tem sido sugestiva (Glasgow et al., 1997).

D. RESUMO DOS RESULTADOS

Inicialmente caracterizámos a amostra em termos de variáveis psicossociais identificando os conhecimentos sobre a diabetes, estudando as suas representações de doença, caracterizando o seu estado emocional e avaliando a sua adesão ao regime terapêutico prescrito. Os resultados indicaram que, em geral, os diabéticos deste estudo possuem conhecimentos razoáveis (nas dimensões identidade, causas e limitações da doença) a bons (nas dimensões tratamento, duração, complicações e controlo da doença); compreendem razoavelmente a diabetes e, embora percepcionem que vai durar para o resto das suas vidas, pensam ter algum controlo pessoal e de tratamento sobre ela, não lhe associando graves consequências ou sentimentos muito negativos. Os olhos inflamados, a perda de peso e as tonturas são os sintomas mais associados à diabetes e em termos de etiologia da doença atribuem a hereditariedade como causa principal. Em termos de estado emocional, embora a maior parte da amostra apresente valores de ansiedade e depressão considerados normais, existe uma percentagem considerável de diabéticos com valores clinicamente significativos e que merecem atenção. No que se refere aos componentes de adesão, os diabéticos deste estudo aderem mais ao teste de glicose, apresentando mais dificuldades em seguir o exercício físico e a dieta recomendados.

A primeira hipótese previa que maiores conhecimentos sobre a doença se associaria a maiores níveis de adesão terapêutica. Esta hipótese foi confirmada parcialmente, tendo os conhecimentos se correlacionado com a adesão ao exercício físico e ao teste à glicose, isto é, quanto mais conhecimento sobre a diabetes o doente tem mais adere à prática de exercício e à monitorização da glicose. O desconhecimento também obteve as mesmas correlações, mas em sentido negativo. Em termos de preditores, só os conhecimentos sobre a doença predizem a adesão ao teste de glicose.

Na segunda hipótese esperávamos que os níveis de ansiedade e depressão estivessem associados a menor adesão terapêutica, o que se confirmou na adesão ao exercício físico (associando-se maiores níveis de ansiedade e depressão à menor prática de exercício), e na adesão à medicação, em que somente a depressão esteve associada a esta componente (um estado mais elevado de depressão relaciona-se com uma maior falha na toma da medicação). Os valores de hemoglobina glicosilada também se correlacionaram de forma positiva com a depressão, sugerindo que estados depressivos estão associados a um baixo controlo metabólico. A depressão é preditora de comportamentos de adesão à actividade física e aos antidiabéticos orais.

A terceira hipótese previa que, crenças na duração da diabetes, no controlo pessoal e de tratamento e na gravidade da doença se associariam a maiores níveis de adesão ao regime terapêutico e que associado a representações de doença mais negativas, assim como à menor compreensão da doença, estariam níveis mais baixos de adesão. De facto, algumas das associações previstas vieram a verificar-se: uma pobre compreensão da doença está associada a uma menor adesão à prática de exercício, uma maior percepção de variabilidade de sintomas da diabetes está associada a maior monitorização da glicose e a percepção da diabetes como crónica associa-se a um maior cuidado com a quantidade da dieta. Opostamente ao que esperávamos, maior percepção de controlo pessoal sobre a diabetes associa-se a menor adesão à quantidade da dieta e menor adesão à medicação. Valores mais elevados (menos desejáveis) de hemoglobina glicosilada estão relacionados com a percepção de maior cronicidade da diabetes e com piores consequências esperadas. Como preditores à dieta quantidade encontram-se o controlo pessoal, a coerência de doença e a duração aguda/crónica, e como preditores ao teste à glicose encontra-se a duração cíclica.

Na análise exploratória pretendíamos verificar a associação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas, e as variáveis psicossociais e cuidados pessoais com a diabetes. Só o sexo e a idade revelaram algum efeito nestas variáveis. Nos conhecimentos acerca da diabetes, as mulheres possuem maior desconhecimento do que os homens. As mulheres também evidenciaram maiores níveis de ansiedade e depressão, assim como se revelou uma tendência para percepcionarem piores consequências da diabetes, atribuindo-lhe uma carga emocional mais negativa.

Quanto ao efeito da idade, esta parece influenciar positivamente os mais velhos na adesão ao regime alimentar.

E. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações estão subjacentes a este estudo e portanto, os resultados devem ser interpretados tendo em conta estas limitações. As principais limitações do estudo prendem-se com o tipo de amostragem não aleatória utilizada, o que interfere na representatividade da amostra implicando que os resultados não possam ser generalizados à população diabética tipo 2. Este método de amostragem favorece a auto-selecção, podendo os diabéticos que participaram constituir uma amostra enviesada. No entanto, a alta taxa de participação contraria esta possibilidade. Uma outra limitação está relacionada com o facto do nosso estudo se confinar unicamente a uma área geográfica restrita, o que também contribui para que os resultados não possam ser generalizados a nível regional ou nacional. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado com uma amostra alietória e com uma representatividade geográfica mais alargada. O trabalho padece também das limitações inerentes à utilização de instrumentos de auto-relato, nomeadamente os problemas de desejabilidade social que não foram controlados e poderão ter dado um viés positivo às respostas dadas.

Apesar destas limitações o estudo apresenta alguns aspectos positivos do ponto de vista metodológico que o enriqueceram. Destacamos a elaboração de um instrumento adaptado à realidade da nossa população, que nos permitiu avaliar os conhecimentos acerca da diabetes e que poderá ser utilizado em estudos futuros. O estudo utiliza ainda indicadores objectivos (e.g. hemoglobina glicosilada) e subjectivos de adesão terapêutica, colmatando uma das críticas mais comuns a este tipo de estudos.

No entanto, face à importância da relação profissional de saúde/utente nos comportamentos de adesão seria importante estudar esta vertente assim como também considerar a adesão terapêutica na perspectiva dos profissionais de saúde.

F. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DO ESTUDO

Este trabalho tinha como finalidade investigar a relação entre alguns factores psicossociais e a adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2, nomeadamente os conhecimentos acerca da diabetes, a ansiedade e depressão, e as representações de doença. Os resultados apontam para uma associação entre as variáveis psicossociais e os vários componentes da adesão, confirmando-se a importância destas variáveis como preditoras de comportamentos de adesão. Os dados deste estudo mostram uma relação diferencial entre estas variáveis que deve ser tida em consideração nas estratégias de educação para a saúde.

Face aos resultados obtidos, algumas considerações merecem ser tecidas no sentido de sensibilizar a equipa de saúde (educadores para a saúde) para a reflexão sobre possíveis estratégias que possam promover a adopção de comportamentos saudáveis nesta população. Os comportamentos de adesão parecem ser influenciados pelo sexo e idade, sugerindo especial atenção nas abordagens a diferentes grupos, assim com a necessidade de verificar estes achados em trabalhos futuros.

Em geral, este estudo indica que os conhecimentos acerca da doença, o estado emocional do doente e as suas cognições de doença devem ser tidas em consideração no desenho de estratégias de educação para a saúde, visto a nossa amostra apresentar maioritariamente marcadores clínicos (glicemia em jejum e hemoglobina glicosilada) com valores superiores aos aconselhados. Os conhecimentos sobre a diabetes parecem ser particularmente importantes na adesão ao teste de glicose, sugerindo que o educador esteja atento a determinadas áreas (áreas alvo) aquando da transmissão de conhecimentos. As cognições de doença, particularmente a percepção de duração cíclica da doença parece predizer também o teste à glicose, para além do contributo da variável conhecimentos. Esta representação cíclica pode ser utilizada favoravelmente pelo profissional para influenciar mais a adesão terapêutica ao teste à glicose. Outras cognições de doença revelam-se importantes na adesão à dieta, como o controlo pessoal, a coerência e a percepção de duração (aguda/crónica). Mais uma vez, a educação para a saúde que visa influenciar a nutrição do diabético tipo 2, deverá, não só providenciar conhecimentos sobre uma dieta mais saudável, mas também influenciar estas cognições de doença. A importância do controlo percebido tem sido amplamente documentada e poderá ser favorecida por uma estratégia de educação para a saúde focada no *empowerment*.

A complexidade do tratamento leva frequentemente a sentimentos de frustração e daí ser compreensível uma pobre adesão ao regime (Polonsky, 1993), facto esse que de certo modo está contemplado no nosso estudo. Esta complexidade está espelhada na nossa amostra, quando os diabéticos referem algumas dificuldades em aderir ao regime terapêutico recomendado, especificamente ao exercício e à alimentação. É interessante verificar que as dificuldades expressas relativamente à alimentação se reportam aos hábitos familiares em termos de regime alimentar. Isto destaca a importância do ambiente familiar e do contexto sociocultural na adopção de comportamentos saudáveis, sugerindo que o educador intervenha não só junto do doente, mas também da sua família. Um outro aspecto na dificuldade da adesão ao exercício físico está relacionado com problemas de saúde que dificultam a sua prática. Alguns factores poderão contribuir para esta situação: o desenvolvimento de patologias associadas ao envelhecimento, uma educação até então não direccionada para a prática de exercício nos hábitos de vida, entre outros. Se o papel do educador para a saúde é a implementação de acções dirigidas às necessidades do indivíduo parece pertinente uma intervenção dirigida a estes componentes do tratamento, de forma a que a educação não se baseie só no aconselhamento mas que assente em estratégias que facilitem essa mudança.

Várias fontes literárias enfatizam o papel da comunicação na relação terapêutica. Para tal, é essencial estabelecer um verdadeiro diálogo baseado na empatia, de forma a identificar crenças, motivações, dificuldades e apoios que possam promover determinados comportamentos. Perante estas considerações, algumas educações para a saúde formais, baseadas meramente em métodos expositivos poderão não surtir o efeito desejável. A complementaridade do aproveitamento de espaços informais (domicílio, local de trabalho, associações, entre outros) para a realização das educações para a saúde pode ser vantajoso tanto para o próprio indivíduo, visto se encontrar no seu meio ambiente, como para o profissional de saúde, pois mais facilmente se apercebe das contingências que podem dificultar as mudanças de estilos de vida. De facto, verificamos que a adesão à dieta é superior nos mais idosos. Para além da maior vulnerabilidade sentida por estes, outro aspecto que poderá influenciar a adesão está relacionado com o facto dos diabéticos mais jovens ainda se encontrarem activos, sentindo alguma dificuldade em conjugar o seu trabalho com as exigências do tratamento da diabetes.

Os nossos resultados apontam para a importância do estado emocional, nomeadamente a ansiedade e a depressão, no controlo da diabetes. A depressão foi preditora da adesão ao exercício físico e à medicação. Estes achados remetem para a importância da intervenção junto do diabético, de uma equipa multidisciplinar de modo a identificar o mais precocemente possível distúrbios de índole emocional que dificultam a adaptação do diabético à sua

condição de doente crónico. O suporte familiar e encaminhamento para grupos de apoio podem ajudar o diabético a compreender e partilhar os seus sentimentos, diminuindo o isolamento e o estigma, podendo prevenir as consequências emocionais da doença. As mulheres parecem estar mais vulneráveis que os homens em termos de estado emocional e representações de doença, podendo repercutir-se numa pobre adesão terapêutica. Assim, as estratégias da educação para a saúde deverão ter em consideração este aspecto, atendendo às barreiras à adesão, que podem ser específicas nas mulheres diabéticas.

O educador da diabetes tem um complexo papel; ele não só combina a educação clínica com os componentes psicológicos inerentes a cada indivíduo, como também ajuda o diabético a desenvolver uma boa adaptação psicossocial necessária à eficácia do autocontrolo na diabetes. Essa adaptação passa pelo conhecimento que o doente deve ter acerca da diabetes e seu tratamento, e pela consciência dos próprios valores, necessidades e aspirações face aos cuidados com a diabetes. O educador ajuda o diabético a clarificar as várias componentes emocionais, sociais, intelectuais e espirituais, e o modo como as relacionam, com as decisões que têm de tomar na autogestão da sua diabetes (Anderson et al., 2000). Os profissionais de saúde, como agentes facilitadores de comportamentos saudáveis, deverão planear as acções de educação para a saúde numa parceria com o doente, apoiados nas suas crenças, valores e atitudes.

As nossas propostas vão de encontro ao modelo conceptual proposto por Glasgow (1995) acerca da autogestão e educação na diabetes, que preconiza estratégias de intervenção a nível do contexto social e comunitário (atendendo às características do doente e do seu contacto com os serviços de saúde), das interacções médicas e dos resultados em saúde e qualidade de vida.

Em termos de investigações futuras gostaríamos de ver desenvolvidos trabalhos na população com diabetes tipo 2, onde factores como a motivação, o suporte social e as barreiras à adesão sejam estudadas mais aprofundadamente. Parece-nos importante a implementação de reuniões de formação na área da diabetes, onde os técnicos de saúde possam reflectir e partilhar experiências, no sentido de melhorar os cuidados prestados à população diabética.

Esperamos com este trabalho, contribuir para o conhecimento das variáveis intervenientes no processo de adesão ao tratamento, e sensibilizar os profissionais de saúde para uma abordagem psicossocial do doente com diabetes. Só desta parceria do educador para a saúde com o doente, poderão surgir objectivos comuns e exequíveis, que facilitarão as mudanças necessárias à manutenção da saúde do diabético.

O profissional de saúde, simultaneamente educador e educando, deverá ter presente que, em ultima instância, é sempre a pessoa com diabetes que tem de viver com a sua doença e decidir sobre a sua doença

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2º. Ed. Braga: Psiquilíbrios.

Altschuler, J. (1997). Working with adults who are ill. In J. Altschuler (Ed.). *Working with chronic illness* (pp.127-155). United Kingdom: MacMillan.

Amaral, A. (1997). Aspectos Psicológicos do doente com diabetes mellitus. In J.L. Ribeiro (Ed.). *Actas do 2.º congresso Nacional de psicologia da Saúde* (pp.105-118). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

American Diabetes Association (2002). Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus (Position Statement). *Diabetes Care*, 25 (suppl. 1), S33-S49.

American Diabetes Association (2002a). Third-Party Reimbursement for diabetes Care, Self-Management Education, and Supplies (Position Statement). *Diabetes Care*, 25 (sup.1), S134-S135.

American Diabetes Association (2003). Third-Party Reimbursement for Diabetes Care, Self-Management Education, and Supplies. *Diabetes Care*, 26 (sup.1), S143-S144.

Anderson, R.M.; Funnel, M.M.; Barr, P.A.; Dedrick, R.F. & Davis, W.K. (1991). Learning to empower patients. *Diabetes Care*, 14, 584-590.

Anderson, R.M.; Funnel, M.M.; Butler, P.M.; Arnold, M.S.; Fitzgerald, J.T. & Feste, C.C. (1995). Patient Empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 18 (7), 943-949.

Anderson, R.; Funnel, M.; Carlson, A.; Saleh-Statn, N.; Cradock, S. & Skinner, T.C. (2000). Facilitating Self-Care Through Empowerment. In Frank Snoek & T. Skinner (Ed.). *Psychology in Diabetes Care*. (pp.69-97). England. John Wiley & Sons, Ltd.

Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (2002). *Recomendações 2002- Do Grupo de Estudos da diabetes da APMCG na diabetes Tipo 2 para a Prática na Clínica diária em Cuidados de Saúde Primários*. Novonordisk.

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (2001). *Viver com a Diabetes*. Lisboa: Climepsi Editores.

Bailey, B.J. (1996). Mediators of Depression in Adults With Diabetes. *Clinical Nursing Research*, 5 (1), 28-42.

Beardsley, G. & Goldstein, M.G. (1995). Endocrine Disease. In A. Stoudemire (Ed.). *Psychological factors Affecting Medical Conditions* (pp.173-181). Washington: American Psychiatric Press.

Began, M.P., Cregan, D. & Drury, M.I. (1982). Assessment of the outcome of an educational programme of diabetes self-care. *Diabetologia*, 23, 246-251.

Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores. (Tradução do original em Inglês *Introduction to Clinical Health Psychology*. Buckingham: Open University Press).

Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores.(Tradução do original em Inglês *Psychology and Health Promotion*. Buckingham: Open University Press).

Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.

Boavida, J. (2001). É necessário integrar- As Pessoas Doentes no Controlo e Gestão da Sua Própria Doença. *Diabetes- Viver em equilíbrio*, 21, Outubro/Dezembro, 10-11.

Bowling, A. (1994). *La Medida De La Salud. Revision de las escalas de medida de la calidad de vida* (pp.117-119). Barcelona. Masson,. (Tradução do original em Inglês

Measuring health: A review of quality of life measurement scales. Buckingham: Open University Press).

Bradley, C. (1994). Measures of Perceived Control of Diabetes. In Clare Bradley (Ed.). *Handbook of Psychology and Diabetes* (pp.291-331). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Bradley, C. (1997). Diabetes mellitus. In A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West & C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 332-336). Cambridge. UK: Cambridge University Press.

Brannon, L. & Feist, J. (1997a). Adhering to Medical advice. *Health Psychology. An Introduction To Behaviour and Health* (Cap. 8). Third Edition. USA: Brooks/Cole Publishing Company.

Brannon, L. & Feist, J. (1997b). Living with chronic Illness. *Health Psychology. An Introduction To Behaviour and Health* (Cap. 11). Third Edition. USA: Brooks/Cole Publishing Company.

Brown, S.A. (1988). Effects of Educational Interventions in Diabetes Care: A Meta-Analysis of Findings. *Nursing Research*, 37, 223-230.

Brown, S.A. & Hedges, L.V. (1994). Predicting metabolic control in diabetes: a pilot study using meta-analysis to estimate a linear model. *Nursing Research*, 43, 362-368.

Cameron, C. (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 244-250.

Caress, A.; Luker, K.; Woodcock, A. & Beaver, K. (2002). An exploratory study of priority information needs in adult asthma patients. *Patient Education and Counseling*, 47 (4), 319-327.

Carvalho, G.S. (2002). Literacia para a Saúde: Um Contributo para a Redução das Desigualdades em Saúde. In Maria Leandro, Maria Araújo e Manuel Costa (Org.). *Saúde- As*

teias da discriminação social (pp.119-135). Actas do colóquio Internacional saúde e Discriminação Social. Instituto de Ciências Sociais. Braga: Universidade do Minho.

Chan, Y.M. & Molassiotis, A. (1999). The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong kong. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 431-438.

Coates, V.E. & Boore, J.R.P. (1998). The influence of psychological factors on the self-management of insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 528-537.

Correia, L. (1999). Compensação na Diabetes Tipo 2. *Revista Trimestral da Diabetes da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal*, 10, 6.

Correia, M.J. (2003). *Investigação dos Hábitos de saúde, Comportamentos de Risco e Adesão Terapêutica numa População Diabética Adulta*. Braga: Dissertação de Mestrado em Psicologia da saúde, apresentada à Universidade do Minho.

Costa, M. & López, E. (1998). *Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida* (pp. 27-58). Madrid: Ediciones Pirâmide.*

Cox, D.J. & Gonder-Frederick, L. (1992). Major Developments in Behavioral Diabetes Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 628-638.

Cox, D.J.; Gonder-Frederick, L. & Saunders, T. (1991). Diabetes. Clinical Issues and Management. In Jerry J. Sweet, Ronald H. Rosensky & Stevan M. Toivan (Eds). *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 473-495). New York and London: Plenum Press.

Doherty, Y.; James, P. & Roberts, S. (2000). Stage of Change Counselling. In Frank Snoek & T. Skinner (Ed.). *Psychology in Diabetes Care* (pp.100-139). England. John Wiley & Sons, Ltd.

Duarte, R. (1997a). Epidemiologia da diabetes. In Rui Duarte et al. (Coord). *Diabetologia Clinica* (pp.43-56). Porto: Lidel, Edições técnicas.

Duarte, R. (1997b). Autovigilância e Métodos de Avaliação do Controlo Metabólico do Diabético. In Rui Duarte (Coord); Jorge Caldeira et al. *Diabetologia Clinica* (pp.71-87). Porto: Lidel, Edições técnicas.

Duarte, R. (2002a). Autovigilância e Métodos de Avaliação do Controlo Metabólico do Diabético. In Rui Duarte (Coord); André, O.; Caldeira J.; Lisboa, P.; Parreira, J. & Sagreira, L. *Diabetologia Clinica* (pp.57-77). Porto: Lidel, Edições técnicas, 3.^aed.

Duarte, S. (2002b). *Saberes de Saúde e de Doença. Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Edições Quarteto.

Dunbar-Jacob, J.; Burke, L.E. & Puczynski, S. (1995). Clinical Assessment and Management of Adherence to Medical Regimens. In P.M. Nicassio & T. Smith (Eds.). *Managing Chronic Illness: A Biopsychosocial Perspective* (pp. 313-349). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Dunbar-Jacob, J. & Schlenk, E.A. (1996). Treatment Adherence and Clinical Outcome: Can We Make a Difference?. In Robert J. Resnick & Ronald H. Rozensky (Eds). *Health Psychology Through the Life Span. Practice and Research Opportunities* (cap. 21). Washington, DC: American Psychological Association.

Eiser, J.; Eiser, C.; Riazi, A.; Hammersley, S. & Tooke, J. (2002). Interpretations of Risk and Expectations of Change among Individuals With Types 1 and 2 Diabetes. *Journal of health Psychology*, 7(6), 701-711.

Falcão, I.; Nogueira, P. & Pimenta, Z. (2001). Incidência anual da diabetes mellitus em Portugal- Resultado da Rede Médicos-Sentinela, de 1992 a 1999. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 17 (6), 447-457.

Figueiras, M.J. (1999). *Illness representations and recovery from myocardial infarction in Portugal*. Tese de Doutoramento, não publicada. Universidade de Londres.

Figueiras, M.J.; Machado, V.A. & Alves, N.C. (2002). Os modelos de Senso-comum das Cefaleias crónicas nos casais: relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica*, 1 (20), 77-90.

Figueirola, D. (1997). *Diabetes*. 3.^a ed.. Espanha: Masson.

Finish Diabetes Prevention Study (2002). Doenças metabólicas – Modificar o estilo de vida para intervir sobre a diabetes. *UPDATE – Revista de Pós Graduação em Clínica Geral*, 44-45.

Fitzpatrick, R. (1997). Patient Satisfaction. In A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West & C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 301-304). Cambridge. UK: Cambridge University Press.

Florence, J. & Yager, B. (1999). Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus. *American Family Physician*, 59 (10), 2835-2844.

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Lusociência. (Tradução do original em Francês *Le processus de la recherche: de la conception à la réalisation*. Décarie Éditeur, 1996).

Foulkes, J., Johnston, M. & Robertson, C. (1993). Knowledge and Distress. Implications for Cardiac Recovery Programmes. In J. Wilson-Barnett & J. Clark (Eds). *Research in Health Promotion and Nursing* (pp.197-203). London: the MacMillan Press, Lda.

Fukunishi, I.; Horikawa, N.; Yamazaki, T.; Shirasaka, K.; Kanno, K. & Akimoto, M. (1998). Perception and utilization of social support in diabetic control. *Diabetes Research And Clinical Practice*, 41, 207-211.

Gagliardino, J.J. & Etchegoyen, G. (2001). A Model Educational Program for people with Type 2 Diabetes. A cooperative Latin American implementation study (PEDNID-LA). *Diabetes Care*, 24 (6), 1001-1007.

Gallego, M. R. (2001). *Diabetes em Cuidados Primários*. In O Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (pp.142-147). Escola Nacional de Saúde Pública.

Gameiro, F.; Moos, E.C. & Teixeira, J.A.C. (2000). Satisfação de sujeitos diabéticos em relação aos cuidados de saúde. In J.L. Ribeiro; I. Leal & M.R. Dias (Eds). *Actas do 3.º congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp.297-310). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Glasgow, R.E. (1995). A Practical Model of Diabetes Management and Education. *Diabetes Care*, 18(1), 117-126.

Glasgow, R.E. & Anderson, R.M. (1999). In Diabetes Care, Moving from Compliance to Adherence Is Not Enough. Something entirely different is needed. *Diabetes care*, 22 (12), 2090-2091.

Glasgow, R.E.; Hampson, S.E.; Strycker, L.A. & Ruggiero, L. (1997). Personal – Model Beliefs and Social- Environmental barriers Related to Diabetes Self-Management. *Diabetes care*, 20 (4), 556-561.

Golin, C.E.; DiMatteo, M.R. & Gelberg, L. (1996). The Role of Patient Participation in the Doctor Visit. Implications for adherence to diabetes care. *Diabetes Care*, 9 (10), 1153-1154.

Gonder-Frederick, L.A.; Cox, D.J. & Ritterband, L.M. (2002). Diabetes and Behavioral Medicine: The Second Decade. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 611-625.

González, M.I. (1998). La educabilidad de la salud. Tiene importancia la educación para la salud en nuestra sociedad?. In M.^a Isabel González (Ed). *La Educación para la salud del siglo XXI* (pp.21-29). España: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Graça, S. (2000). Diabetes e Estilo de Vida. *Diabetes- Viver em Equilíbrio*, 16, Julho/Setembro, 4-5.

Graça, S. (2001). A Diabetes, a Educação e a Comunidade. *Diabetes- Viver em Equilíbrio*, 20, Julho/Setembro, 4-5.

Grassi, L.; Righi, R. Makoui, S.; Sighinolfi, L.; Ferri, S. & Ghinelli, F. (1999). Illness behaviour, emotional stress and psychosocial factors among asymptomatic HIV-infected patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68 (1), 31-38.

Gray, A.; Raikou, M; McGuire, A.; Fenn, P.; Stevens, R.; Cull, C.; Stratton, I.; Adler, A.; Holman, R. & Turner, R. (2001). Relação de custo-efectividade de um programa de controlo intensivo da glicemia em doentes com diabetes tipo 2: análise económica associada a ensaio aleatorizado e controlado (UKPDS 41). *British Medical Journal (BMJ)*, 10, 165-172.

Greenspan, F. & Strewler, G. (1997). *Basic and Clinical Endocrinology*. 5.^a ed. Stamford, London: Prentice- Hall International. Appleton and Lange.

Griva, K; Myers, L. & Newman, S. (2000). Illness Perceptions and Self Efficacy beliefs in Adolescents and Young Adults with Insulin Dependent Diabetes Mellitus. *Psychology and Health*, 15, 733-750.

Grupo Europeu de Consenso para a DMNID (1993). *Normas para o controlo da Diabetes Mellitus Não- Insulino- Dependente (DMNID): Rastreio, Diagnóstico, monitorização, educação, tratamento, autocontrolo* (2.^o ed., tradução portuguesa). Portugal: Bayer-Portugal, Bohering Mannfleim de Portugal e Novo-Nordisk.

Hamduy, O.; Goodyear, L. & Horton E. (2001). Diet and Exercise in Type 2 Diabetes Mellitus. In Garber & Alan (Eds), *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* (pp:883-907). Vol.30 (4). W:B: Saunders Company.

Hampson, S.E.; Glasgow, R.E. & Toobert, D.J. (1990). Personal models of diabetes and their relations to self-care activities. *Health psychology* ,9 (5), 632-645.

Hampson, S.E. (1997). Illness Representations and the Self-management of Diabetes. In K.J Petrie & J.A. Weinman (Eds.) *Perceptions of Health and Illness* (pp. 323-347). *Current Research & Applications*. Singapore: Harwood Academic Publishers.

Haugbolle, L.S.; Sorensen, E.W. & Henriksen, H.H. (2002). Medication- and illness-related factual knowledge, perceptions and behaviour in angina pectoris patients. *Patient Education and Counseling*, 47 (4), 281-289.

Hauser, S. T., Jacobson, A. M., Lavori, P., Wolfsdorf, J. I., Herskowitz, R. D., Milley, J. E., & Bliss, R. (1990). Adherence Among Children and Adolescents with Insulin-dependent Diabetes mellitus over a Four-year Longitudinal Follow-up: II. Immediate and long-term linkages with the family milieu. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 527-542.

Heavy, C., Layne, C., & Christensen, A. (1993). Gender and conflict in marital interaction: A replication and extension. *J. Counsult. Clin. Psychol.*,61, 16-27.

Horne, R. (1997). Representation of Medication and Treatment: Advances in Theory and Measurement). In K.J. Petrie, & J.A. Weinman (Eds.) *Perceptions of Health and Illness: Current Research & Applications* (pp.155-188). Singapore: Harwood Academic Publishers.

Horne, R. (2000). Compliance, Adherence and Concordance. In P. Gard (Ed.). *Behavioural Approach to Pharmacy Practice* (pp.166-183). London: Blackwell.

Horne, R. & Weinman, J. (1998). Predicting Treatment Adherence: an Overview of Theoretical Models. In L. Myers, & K. Midence (Eds). *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (pp.25-50). Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribe medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 555-567.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (1998). *Classificação Nacional das Profissões- Versão 94-Adenda*.

Lazarus, R. (1991). *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Coping and Adaptation. In W. Doyle Gentry (Ed.). *Handbook of Behavioural Medicine* (pp.282-325). New York: Guilford Press.

Leong, K. & Weston, P. (2001). *Diabetes Ilustrada- Um guia ilustrado sobre a diabetes e as suas complicações*. Londres: Current Medical Literature, Lda..

Leventhal, H.; Benyamini, Y.; Brownlee, S.; Diefenbach, M.; Leventhal, E.A.; Patrick-Miller, L. & Robitaille, C. (1997). Illness representation: Theoretical foundations. In K.J. Petrie & J.A.Weinman (Eds.). *Perceptions of Health and Illness: Current Research & Applications* (pp.19-46). Singapore: Harwood Academic Publishers.

Leventhal, E.A. & Crouch, M. (1997). Are There Differences in Perceptions of Illness Across the Lifespan? In K.J. Petrie, & J.A. Weinman (Eds.) *Perceptions of Health and Illness: Current Research & Applications* (pp.77-102). Singapore: Harwood Academic Publishers.

Leventhal, H. & Benyamini, Y. (1997). Lay beliefs about health and illness. In A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West & C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 131-135). Cambridge, UK:Cambridge University Press.

Levy, D. (1999). *Practical Diabetes*. Oxford, London: Greenwich Medical media. University Press.

Ley, P. (1997). Compliance among patients. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp.281-285). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Lisboa, M. & Duarte, R. (1997). Classificação e Diagnóstico. In Rui Duarte (Coord) & Jorge Caldeira et al. *Diabetologia Clinica*. Lidel, Edições técnicas.

Loehrer. P.J. (1993). Knowledge in cancer beliefs: obstacles to care?. *Cancer Treatment Reviews*, 19 (Supp.A), 23-27.

Llor, B.; Abad, M. A.; Garcia, M. & Nieto, J. (1995). *Ciencias Psicosociales Aplicadas à la Salud*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill.

Marks, D.F.; Murray, M.; Evans, B. & Willig, C. (2000). *Health Psychology. Theory, Research and Practice*. London: Sage Publications.

McIntyre, T. (1994). Psicologia da Saúde: Unidade na Diversidade. In T. McIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras*. Colectânea Textos Técnicos de Psicologia, Braga: APPORT.

McIntyre, T. & Silva, N. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde na Região Norte*. Porto: Administração Regional de Saúde Norte.

McIntyre, T.; Gouveia, J.L.; Claudino, A.; Trovisqueira, A.; Soares, V. & Pereira, G. (no prelo). Validation of the hospital anxiety and depression scale in portuguese post myocardial infarction patients”. *Revista Psicologia Clinica y de la Salud*.

McIntyre, T.; Pereira, G.; Soares, V.; Gouveia, J.L.; Trovisqueira, A.; Figueiredo, M.; Bastos, L.; Figueiras, M.J. & Johnston, M. (2003). Gender and Cognitive Representations as Predictor of Psychological Adjustment Following a M.I. in Portuguese Patients. *Comunicação apresentada na 17th. Conferencie of a European Health Psychologist Society*, 24 a 27 de Setembro, Kos, Grécia.

McRae, C. & Smith, C.H. (1998). Chronic Illness: Promoting the Adjustment Process. In Sari Roth-Roemer, Sharon R. Kurpins & Cheryl Carmin (Eds). *The Emerging Role of Counseling Psychology in Health Care* (pp.137-156). London: W.W. Norton & Company New York.

Ministério da Saúde (1995). *Inquérito Nacional de saúde*. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

Ministério da Saúde (1999). *Saúde um Compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus*. Circular Normativa n.º. 14/DGCG de 12/12/2000. Direcção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2002). *Ganhos de Saúde em Portugal. Ponto da situação*. Relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Moss-Morris, R.; Petrie, K.J & Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1(1), 15-25.

Moss-Morris, R.; Weinman, J. ; Petrie, K.J; Horne, R.; Cameron, L.D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16.

Murphy, H.; Dickens, C.; Creed, F.& Bernstein, R.(1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (2), 155-164.

Myers, L.B. & Midence, K. (1998). Concepts and Issues in Adherence. In Myers, L. & Midence K. (Eds) *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (pp.1-25). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Navalhas, J.C. (1998). Crise e suporte social. Efeitos potenciais do suporte social. *Revista de Psiquiatria*, XI (3), 27-46.

Neto, F. (1998). *Psicologia Social*. Vol. 1. Lisboa: Universidade aberta.

Nichols, G.A. & Brown, J.B. (2003). Unadjusted and Adjusted Prevalence of Diagnosed Depression in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*, 26(3), 744-749.

Nogueira, P. & Falcão, J. (1998). OBOB'S 1998- Causas de morte com alterações inesperadas em 1998. *Observatório Nacional de Saúde*, 22-29.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em Inglês *Health psychology: a textbook*. Buckingham: Open University Press).

Organização Mundial da Saúde (2002). Cuidados Inovadores para Condições Crónicas. Componentes estruturais de acção. Relatório mundial. On line: <http://www.who.int/chronic-conditions/en> 11/10/2003.

Park, D.C. & Jones, T.R. (1997). Medication adherence and aging. In A.D. Fisk & W.A. Rogers (Eds.). *Handbook of human factors and the older adult* (pp. 257-287). San Diego, CA, USA: Academic Press, Inc.

Pastor, M.A.; Lopez-Roig, S.; Rodriguez-Marin, J.; Martin-Aragon, M.; Terol, M.C. & Pons, N. (1999). Percepcion de control, impacto de la enfermedad y ajuste emocional en enfermos cronicos. *Ansiedad Y Estrés*, 5 (2/3), 299-311.

Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Petrie, K.; Moss-Morris, R. & Weinman, J. (1995). The impact of catastrophic beliefs on functioning in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (1), 31-37.

Petrie, K. & Moss-Morris, R. (1997). Coping with chronic illness. In A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West & C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 84-86). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Petrie, K.J. & Weinman, J.A. (1997). Perceptions of Health & Illness. In K.J Petrie & J.A. Weinman (Eds.) *Perceptions of Health and Illness. Current Research & Applications* (pp. 1-17). Singapore: Harwood Academic Publishers.

Peyrot, M. & Rubin, R.R. (1997). Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. *Diabetes Care*, 20 (4), 585-590.

Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.^aed.-Porto Alegre: Artes Médicas.

Polonsky, W.H. (1993). Psychosocial Issues in Diabetes Mellitus. In Robert J. Gatchel & E.B. Blanchard (Eds). *Psychological Disorders* (pp.357-375). American Psychological Associations.

Ray, C.; Weir, W.R.; Cullen, S. & Phillips, S. (1992). Illness perception and symptom components in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (3), 243-256.

Redman, B. K. (2001). *A prática da Educação para a Saúde*. 9.^aed. Lusociência. (Tradução do original em Inglês *The practice of Patient Education*).

Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Rothrock, J.C. (1989). Preoperative Psychoeducational Interventions. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 49(2), 597-618.

Samaras, K.; Ashwell, S.; Mackintosh, A.M.; Fleury, A.C.; Campbell, L.V. & Chisholm, D.J. (1997). Will older sedentary people with non-insulin-dependent diabetes mellitus start exercising? A health promotion model. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 37, 121-128.

Sanmartí, L.S. (1985). *Educacion Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Espana: Diaz De Santos, S.A.

Santiago, L. & Mesquita, E. (1999). Educação para a Saúde e Redução da Obesidade em Ambulatório. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 17(1). Janeiro/Junho. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

Santos, C.; Ribeiro, J.P. & Lopes, C. (2003). Adaptação e validação do “Revised Illness Perception Questionnaire” (IPQ-R) em Doentes Oncológicos. *Arquivos de Medicina*, 17(4), 136-147.

Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. 4.^a ed. New York: John Wiley & Sons.

Shaw, K.M. (2000). In Foreword. In Frank Snoek & T. Skinner (Eds.). *Psychology in Diabetes Care* (p.ix). England. John Wiley & Sons, Ltd.

Silva, I. & Ribeiro, J. (2000). Programa de intervenção psicológica num grupo de indivíduos com problemas de pé diabético. In J.L. Ribeiro; I. Leal & M.R. Dias (Eds). *Actas do 3.º congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Psicologia da Saúde nas Doenças Crónicas* (pp.311-322). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Soares, M.C.; Ribeiro, A.; Lima, P. & Ribeiro, J. (1997). O efeito do fornecimento da informação na ansiedade pós-operatória numa população portuguesa de pacientes candidatos a cirurgia cardíaca. In J.L. Ribeiro (Ed). *Actas do 2.º congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.481-491). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Suls, J. & Wan, C.K. (1989). Effects of Sensory and Procedural Information on Coping with Stressful Medical Procedures and Pain: A Meta-Analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 372-379.

Surwit, R.S.; Feinglos, M.N. & Scovern, A.W. (1983). Diabetes and Behavior. A Paradigm for Health Psychology. *American Psychologist*, 83, 255-262.

Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. (2000). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi Editores.

Toobert, D. & Glasgow, R. (1994). Assessing Diabetes Self-Management: The Summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire. In Clare Bradley (Ed.). *Handbook of Psychology and Diabetes* (pp.351-375). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Turk, D.C. & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to Self-Care Regimens. The Patient's Perspective. In Jerry J. Sweet, Ronald H. Rosensky & Stevan M. Toivan (Eds). *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-267). New York and London. Plenum Press.

Warren, L. & Hixenbaugh, P. (1998). Adherence and Diabetes. In Myers, L. & Midence K. (Eds) *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (pp. 423-453). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Weinman, J.; Petrie, K.; Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A New method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. *Psychology and Health*, 11 (3), 431-445.

Wikblad, K. (1991). Patients perspectives of diabetes care and education. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 837-844.

Wilson, W.; Biglana, S.; Glasgow, R.E.; Toobert, D.J. & Campbell, D.R. (1986). Psychosocial predictors of self-care behaviours (compliance) and glycemc control in non-insulin-dependent diabetes. *Diabetes Care*, 9, 614-622.

Wing, R.R.; Goldstein, M.G.; Acton, K.J.; Birch, L.L.; Jakicic, J.M.; Sallis, J.F.; Smith-West, D.; Jeffery, R. & Surwit, R. (2001). Behavioral science research in diabetes: Lifestyle changes related to obesity, eating behavior, and physical activity. *Diabetes Care*, 24 (1), 117-123.

Wolpert, H.A. & Anderson, B.D. (2001). Young Adults With Diabetes. *Diabetes care*, 24 (9), 1513-1514.

World Health Organization (2001). Adherence to Long-term Therapies: Policy for action. Meeting report. On line: <http://www.who.int/chronic-conditions/en/adherencerep.pdf> a 11/10/2003

Yardley, L.; Sharples, K.; Beech, S. & Lewith, G. (2001). Developing a Dynamic Model of Treatment Perceptions. *Journal of Health Psychology*. 6 (3), 269-281.

Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXOS

ANEXO I

Folha de rosto do Questionário Sócio-demográfico

Dados Sócio-demográficos
Maria Rui Sousa e Teresa McIntyre, 2002

Data _____

Telefone _____

NOP _____

Auto-relato ☐

Hetero-relato ☐

Assinale com uma **X (cruz)** a resposta que for adequada ao seu caso (ou complete-a, se for caso disso), em relação às seguintes questões:

1- Idade: _____ anos

2- Sexo:

Feminino ☐

Masculino ☐

3- Estado civil:

Solteiro(a) ☐

Casado(a)/união de facto ☐

Divorciado(a)/Separado(a) ☐

Viúvo(a) ☐

4- Habilitações literárias (anos completos de escolaridade) _____

5- Situação laboral:

Empregado(a)/activo(a)/baixa clínica ☐

Desempregado(a) ☐

Reformado(a)/invalidez ☐

Outros ☐ Qual? _____

6- Profissão actual ou anterior (especificar): _____

7- Com quem vive:

Com o cônjuge/companheiro(a) ☐

Com a família restrita (marido, esposa e filhos) ☐

Com a família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros, etc.) ☐

Sozinho(a) ☐

Num lar ☐

Outros ☐ Qual? _____

Dados da diabetes

8- Que idade tinha quando lhe foi diagnosticada a sua diabetes? _____

9- Que idade tinha quando iniciou a medicação para a diabetes? _____

ANEXO II

Folha de rosto do Questionário dos Conhecimentos da Diabetes
QCD

Q.C.D.

Maria Rui Sousa e Teresa McIntyre, 2002

Gostaríamos que respondesse a algumas questões acerca da **diabetes tipo II (Diabetes Mellitus Não Insulinodependente)**. Para tal, leia atentamente as seguintes frases e marque uma cruz (X) no verdadeiro, falso ou não sei. Note que em cada grupo pode haver mais que uma resposta verdadeira ou falsa.

	Verdad eiro	Falso	Não Sei
1. A diabetes é definida por			
a) ter açúcar a mais no sangue.			
b) a pessoa ter muita sede.			
c) o nosso corpo produzir sempre insulina a mais.			
2. A diabetes pode ser causada por			
a) ter peso a mais.			
b) fazer uma alimentação pouco saudável.			
c) ter pouca actividade física.			
d) ter familiares com diabetes			
e) não descansar o suficiente.			
3. A diabetes é uma doença que			
a) dura pouco tempo.			
b) cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico.			
c) vai durar para o resto da vida.			
d) aparece e desaparece.			
4. No tratamento da diabetes			
a) uma alimentação saudável é tão importante como a medicação prescrita pelo médico.			
b) o diabético só deve comer três vezes por dia (ao pequeno almoço, almoço e jantar).			
c) é importante andar a pé (tipo marcha) diariamente e cerca de 20 minutos.			
d) não se deve comer massas.			
5. O doente diabético não pode			
a) fazer ginástica.			
b) nunca comer bolos.			
c) fazer viagens longas.			

ANEXO III

Folha de rosto do *Illness Perception Questionnaire*

IPQ-R

IPQ-R

(Moss- Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron & Buick, 2002, Traduzido e adaptado por Figueiras, Machado & Alves, 2002).

A. A lista abaixo refere-se a um número de sintomas que poderá ou não ter tido desde o início da sua doença (diabetes). Por favor indique **marcando com um círculo** (sim ou não) se já teve alguns destes sintomas desde o início da sua doença, e se acha que estes sintomas estão relacionados com ela.

	Desde o início da minha doença que tenho sentido este sintoma			Este sintoma está relacionado com a minha doença	
Dores	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dores de garganta	Sim	Não	_____	Sim	Não
Náusea	Sim	Não	_____	Sim	Não
Falta de ar	Sim	Não	_____	Sim	Não
Perda de peso	Sim	Não	_____	Sim	Não
Fadiga (cansaço)	Sim	Não	_____	Sim	Não
Rigidez das articulações	Sim	Não	_____	Sim	Não
Olhos inflamados	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dificuldade em respirar	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dores de cabeça	Sim	Não	_____	Sim	Não
Indisposição de estômago	Sim	Não	_____	Sim	Não
Dificuldade em dormir	Sim	Não	_____	Sim	Não
Tonturas	Sim	Não	_____	Sim	Não
Perda de forças	Sim	Não	_____	Sim	Não

ANEXO IV

Folha de rosto do Questionário da Ansiedade e Depressão

HADS

HADS

Zigmond and Snaith, 1983.

Traduzido e adaptado por

Teresa McIntyre, Graça Pereira, Vera Soares, Luís Gouveia, Sofia Silva, 1999

Os profissionais de saúde sabem que as emoções desempenham um papel importante na maior parte das doenças. Se o seu profissional de saúde souber acerca destes sentimentos poderá ajudá-lo(a) melhor. Este questionário visa ajudar o seu profissional de saúde a saber como se sente. Leia cada frase e assinale com uma cruz (**X**) a resposta que mais se aproxima da forma **como se tem sentido na última semana**. Não passe muito tempo com cada resposta; a sua reacção imediata a cada uma das frases será provavelmente mais exacta do que uma resposta em que tenha pensado muito tempo..

Sinto-me tenso:

A maior parte do tempo ☐

Muitas vezes ☐

De vez em quando, ocasionalmente ☐

Nunca ☐

Ainda gosto das coisas de que costumava gostar:

Tanto como gostava ☐

Não tanto como gostava ☐

Só um pouco do que gostava ☐

Quase nada como gostava ☐

Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

Sim, e muito forte ☐

Sim, mas não muito forte ☐

Um pouco, mas isso não me preocupa ☐

Não, de maneira nenhuma ☐

Consigo rir-me e ver o lado divertido das coisas:

Tanto como costumava conseguir ☐

Agora, não tanto como costumava conseguir ☐

Definitivamente, não tanto como costumava conseguir ☐

Não, de maneira nenhuma ☐

ANEXO V

Folha de rosto do Questionário dos Cuidados Pessoais com a Diabetes
CPD

CUIDADOS PESSOAIS COM A DIABETES

Deborah Toobert and Russel Glasgow, 1993

Traduzido e adaptado por

Correia e McIntyre, 2000

As questões abaixo perguntam sobre os seus cuidados pessoais com a diabetes **durante os últimos 7 dias**. Se esteve doente durante os últimos 7 dias, pense apenas nos últimos 7 dias em que não esteve doente. Por favor, responda de uma forma honesta e verdadeira às questões que se seguem, colocando uma cruz (X) na resposta que mais se adapta à sua situação.

Dieta

As primeiras questões interrogam-no sobre os seus hábitos alimentares durante os últimos 7 dias. Se não lhe foi recomendada uma dieta específica, pelo seu médico ou nutricionista, responda à questão n.º 1 de acordo com as linhas gerais que recebeu.

1- Quantas vezes seguiu a dieta recomendada durante os últimos 7 dias?

___ - Sempre ___ - Habitualmente ___ - Às vezes ___ - Raramente ___ - Nunca

2- Que percentagem de tempo é que conseguiu reduzir, com sucesso, as suas calorias conforme o recomendado para uma alimentação saudável no controlo da diabetes?

___ - 0% ___ - 25% ___ - 50% ___ - 75% ___ - 100%

3- Durante a última semana, que percentagem nas suas refeições incluiu comida com muita fibra, frutas, vegetais, pão integral, feijão, ervilhas, cereais integrais?

___ - 0% ___ - 25% ___ - 50% ___ - 75% ___ - 100%

4- Durante a última semana, que percentagem nas suas refeições incluiu comida com muita gordura, tal como manteiga, gelado, óleo, frutos secos, maionese, fritos, molho de maionese para salada, presunto, ou carne com pele?

___ - 0% ___ - 25% ___ - 50% ___ - 75% ___ - 100%